

MASTEROPPGAVE

Samhandlingsreformen

Hva hemmer og hva fremmer samhandling?

Utarbeidet av:
Anita Nilsen

Fag:
Master i organisasjon og ledelse

Avdeling:
Økonomi, språk og samfunnsfag, 2012



Forord

Denne avhandlingen inngår som en avsluttende del av en Masterutdanning i organisasjon og ledelse ved høghskolen i Østfold. Studiet har strukket seg over 8 semestre.

Studietiden har gitt meg svært mye. Innholdet i forelesningene har vært av høy kvalitet og med svært aktuelle tema.

Foreleserne har gjennomgående vært faglig dyktige, og hatt mye fokus på erfaringsbasert undervisning og ledelse. Det har medført interessante diskusjoner og gruppeoppgaver med medstudenter. Mye erfaring og bagasje hos studentene har vært en suksessfaktor.

Jeg var opptatt av å velge et tema i avhandlingen som preget min arbeidsdag som kommunalsjef i helse og omsorg. I ettertid ser jeg at Samhandlingsreformen var et godt valg.

Det har vært krevende å skrive en avhandling, men jeg føler samtidig at utbyttet utover å levere en oppgave er stort.

Avhandlingen har gitt meg ny innsikt, og mye tanker jeg tar med meg i det videre arbeidet med oppgaveløsning knyttet til samhandlingsreformen.

En krevende periode med full stilling kombinert med studier på masternivå gjør at jeg har lyst til å takke de som har gjort dette mulig.

Takk til arbeidsgiver som har gjort det mulig for meg å kombinere jobb og studier

Takk til medstudent Gry som har delt studietiden med meg. Felleskjøring, diskusjoner, kollokvier og jobbing kveld og helg har vært inspirerende og hyggelig.

Takk til informanter som villig stilte opp for meg i intervju, og ga av sin tid i en travel hverdag.

Takk til medstudenter for deling av kunnskap, interesse og engasjement.

Takk til alle dyktige og hyggelige ansatte på høghskolen på Remmen.

Sist men ikke minst: Tusen takk til min fantastiske kloke varme veileder Kjeld Qvortrup.

Din kompetanse, varme og støtte kommer aldri til å bli glemt.

Nesodden 01.11 2012

Anita Nilsen

Innholdsfortegnelse

1.0 Norsk sammendrag	1
2.0 English Summary	1
3.0 Innledning	2
4.0 Forskningsområde med problemstilling	3
4.1 Avgrensning	5
5.0 Dataunderlag-aktuelle stortingsmeldinger og lovverk knyttet til problemstillingen	6
5.1 Hovedtrekkene i samhandlingsreformen Stortingsmelding 47	7
5.2 Nytt lovverk tilpasset samhandlingsreformen	9
5.3 Om endringer av betydning for pasienter, brukere og personell	10
5.4 Samarbeid helseforetak og kommune	10
6.0 Teoridel	13
6.1 Generelt om organisasjon	13
6.2 Omgivelsene som ressurs	14
6.3 Sentralisering/desentralisering	15
6.4 Økt press på kommunene	19
6.5 Demokrati og økonomi	20
6.6 Fordelingskrise	21
6.7 Spesialisering	22
6.8 Makt	22
6.9 Sykehuset som polyarki	23
6.10 Likeverdighet	25
6.11 Koordinering	25
6.12 Om deler og helheten	30
6.13 Utfordringer knyttet til koordinering	33
7.0 Forskningsdesign	38
7.1 Valg av metode	38
7.2 Fordeler og ulemper ved fokusintervju	38
7.3 Fokusgruppe kombinert med andre metoder	39
7.4 Valg av informanter til fokusgruppen	39
7.5 Begrunnelse for valg av sammensetning	40
7.6 Informanter til individuelle intervju	40
7.7 Gjennomføring fokusgruppe	41
7.8 Gjennomføring av dybdeintervju	41
7.9 Validitet	42
7.10 Reliabilitet	43

7.11 Nærhet og distanse	43
7.12 Etikk.....	44
7.13 Analyse og tolkning	44
8.0 Empiriske funn og drøfting	45
8.1 Kilder til makt.....	45
8.2 Struktur og arbeidsdeling.....	53
8.3 Kommunens autonomi	67
8.4 Kompetanse	80
9.0 Konklusjon	87
10.0 Jeg lukker boka og reflekterer videre	90

Vedlegg 1 Stikkord fokusgruppe

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 avisutklipp til case

Norsk sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å gå i dybden av tema samhandling. Samhandlingsreformen Stortingsmelding 47 (2008- 2009) som ble innført i januar 2012 har fått mye oppmerksomhet, og er etter manges mening ikke bare en helsereform, men også en retningsreform.

Reformen tydeliggjør at god samhandling vil være avgjørende for å kvalitetssikre helhetlig pasientforløp og sørge for rett behandling på rett sted til rett tid.

Jeg har valgt å lese problemstillingen med kommunale briller. Dataunderlaget er hentet fra kommunalt ansatte på ulike nivå og i ulike stillinger. Felles for informantene er at de samhandler med spesialisthelsetjenesten på et eller flere nivå i sitt daglige arbeid.

Jeg har valgt kvalitativ metode gjennom fokusgruppe og individuelle intervju.

Personene som har deltatt bidrar med sine opplevelser og sin erfaring med hva som hemmer og fremmer samhandling.

Nøkkelord: Samhandling, koordinering, kommunens autonomi kontra aksess, arbeidsdeling, kompetanse, spesialisering, og kilder til makt

1.0 English summary

The aim of this research paper is to do an in-depth analysis of interaction during the process of municipal reform. The interaction reform Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47, (2008- 2009) that was introduced in January 2012 has gained a lot of public attention, and many see it not only as a health reform, but also as a reform of direction.

The reform clarifies that good interaction is essential in order to ensure the quality of a holistic patient care, as well as to provide patients with the correct treatment at the right place and the right time.

I have chosen to investigate this issue from a municipal point of view. The data was gathered from municipal employees on different levels and in different positions. The only thing that all respondents have in common is that they all interact with health care representatives on one or several levels in their everyday work.

I have chosen the qualitative method and conducted individual interviews within the focus group. The participants of this research have contributed with their experience with the factors that further or hinder interaction.

Key words: Interaction, coordination, municipal autonomy versus access, division of labour, competence, specialisation, sources of power.

3.0 Innledning

Den norske velferdsstaten kjennetegnes av store ambisjoner. Kommunene som skal gjennomføre de fleste av disse møter stadig større kapasitetsproblemer. Kravene til hva velferdsstaten skal utrette er grenseløse. De som jobber i helse og omsorg føler at de møter krav de ikke kan mestre, og de føler ofte at de svikter.

Det er særlig to trekk ved den norske velferdsstaten utvikling de senere år. Det første er velferdsstatens desentralisering. Det andre er eksplosjonen i behovene for offentlig rettigheter. Baldersheim og Offerdal (1979)

01.01.12 ble den lenge varslede samhandlingsreformen- stortingsmelding 47 iverksatt. Reformen har som mål å gi rett behandling på rett sted til rett tid, noe som vil kreve samhandling og god kommunikasjon mellom de to hovedaktørene helseforetak og kommune. Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke kommunalt ansattes opplevelse og erfaring med hva de mener hemmer og fremmer samhandling.

Innledningsvis vil jeg presentere forskningsområde med problemstilling og avgrensning. I kapittel 5 vil jeg benytte aktuelle stortingsmeldinger og lovverk knyttet til problemstillingen. I kapittel 6 vil jeg beskrive teori jeg mener er relevant for problemstillingen. I kapittel 7 vil jeg beskrive valg av metode, og videre hvordan jeg har gått frem for å fremskaffe data. I kapittel 8, analysedelen vil jeg drøfte aktuelle funn med teori, og avslutningsvis vil jeg i kapittel 9 oppsummere og trekke en konklusjon.

4.0 Forskningsområde med problemstilling

Som nevnt har jeg valgt å fordype meg i samhandlingsreformen. Samhandling er uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Stortingsmelding 47 (2008-2009).

Norge er ett av landene i OECD som bruker flest offentlige kroner pr person, men i følge stortingsmeldingen har vi ikke fått tilsvarende god helse igjen for det. Flere blir syke, flere blir gamle, flere kan behandles med ny teknologi, og køene til spesialisthelsetjenestene vokser. Utviklingen som skjer er ikke bærekraftig.

Skal kommune og helseforetak lykkes med helhetlig pasientforløp, vil flere faktorer være av betydning. Bjarne Håkon Hansen lanserte i sin tid som helse og omsorgsminister at vi måtte våge å tenke nytt. Med det mente han satsning på forebygging fremfor reparasjon, samt sørge for økonomiske insentiver som setter kommuner i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger.

Mye tyder på at mange brukere av omsorgstjenester lever passive liv, ikke minst fysisk. Kun seks prosent av de mellom 65-67 år oppfyller de faglige anbefalingene om 30 minutters moderat fysisk daglig aktivitet. Forskning viser at aktivisering gjennom ulike former for bevegelse og mosjon reduserer og utsetter tap av funksjonsevne. Stortingsmelding 25 (2005-2006).

Som oppfølging av samhandlingsreformen ble det i juni 2011 vedtatt nytt lovverk: Helse og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven.

Lovene tydeliggjør ny kommunerolle med overførte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Helseforetakene skal drive med behandling, og kommunene skal få økte oppgaver blant annet gjennom å ta raskere imot utskrivningsklare pasienter. Fra 2016 skal også kommunene ivareta øyeblikkelig hjelp. Det er rimelig å tro at det vil knytte seg store utfordringer til koordinering mellom kommune og helseforetak. I NOU 2005:3 ”fra stykkevis til helt en sammenhengende helsetjeneste”, konkluderte Wisløff utvalget behovet for bedre samhandling i helsetjenesten.

Utvalget hevdet at samhandling svikter i overgangen mellom tjenestene. Det gjelder både på individ og systemnivå, og for alle typer pasienter. Utfordringene er spesielt store for pasientgrupper med langvarige behov der verken spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten kan dekke behovet alene. Stortingsmelding 16 (2010-2015).

Et av målene med samhandlingsreformen er å sikre god kvalitet og god ressursutnytting. En vellykket samhandling forutsetter likeverd og balanse mellom de to aktørene. Maktbegrepet vil bli sentralt.

Regjeringen har gjennom oppdragsdokumenter satt mye fokus på kompetanse, og det er kjent at mangel på fagpersoner kommer til å bli en av de største utfordringene fremover.

Spesialisthelsetjenesten har mye kompetanse, og har i de senere år gått i retning av økt spesialisering. Flere undersøkelser har pekt på lav kompetanse i kommunene, og tjenestene har så langt blitt definert som omsorgsmedisin. Med overførte oppgaver vil kommunene komme til å trenge kompetanseheving. Stortingsmelding 25 (2005-2006) viser til at det er svakheter i kommunene når det gjelder organisering av helsetjenester. I mange kommuner er det eksempelvis ikke etablert rutiner for samarbeid mellom fastlegene og omsorgstjenestene.

Et annet sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning, og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Stortingsmelding 47 (2008-2009)

Regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter til kommunene fra og med 2012, hvilket betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklar. Poenget er ikke å straffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en riktigere insitamentssituasjon for kommunene. Kommunesektoren vil få tilført midler som svarer til sykehuskostnadene for de utskrivningsklare pasientene. I prinsippet kan de velge å videreføre omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale kostnadene ved dette. Samtidig vil det ligge et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall.

Før en pasient kan defineres som utskrivningsklar til primærhelsetjenesten, må alle momenter iht. definisjonen av utskrivningsklar pasient være innfridd. Kommuner og sykehus må i samarbeid utarbeide klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og kriterier for re-innleggelser. På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskrivning.

Det er etablert systemer for å håndtere situasjoner der partene ikke kommer til enighet om pasientens funksjonstilstand og behov for tiltak etter utskrivning. Det er også etablert systemer for å håndtere uenighet av prinsipiell karakter.

Helseforetakene er komplekse organisasjoner som er delt inn i divisjoner eller avdelinger. Det samme gjelder kommunene. Begge aktørene vil mest sannsynlig ha utfordringer knyttet til oppgaver, samarbeid og kommunikasjon i egen organisasjon. I tillegg skal de forholde seg til omgivelsene.

Når oppgavene blir omfattende og komplekse vil arbeidsdeling mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten være avhengig av god koordinering og ansvarsfordeling.

Med dette som bakgrunn har jeg valgt følgende problemstilling:

Hva hemmer og hva fremmer samhandling?

4.1 Avgrensning:

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende reform, og det hadde vært mulig å forske på en rekke områder. De to hovedaktørene spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er sammen med brukere sentrale aktører. I denne oppgaven velger jeg å lese problemstillingen fra kommunens side. Avgrensningen kan innebære et lite nyansert syn som det blir viktig å ta med inn i analyse og tolkning av data som fremkommer. Jeg går heller ikke inn på elektronisk samhandling som har fått en stor plass i reformen. Målgruppen er også begrenset til samhandling vedrørende somatiske pasienter. Kommunens ansvar for rus/psykisk helse er enda ikke trådt i kraft, og blir derfor ikke vektlagt i denne oppgaven.

5.0 Data underlag -aktuelle stortingsmeldinger og lovverk knyttet til problemstillingen

Jeg vil i dette kapittelet vektlegge stortingsmeldinger og lovverk jeg mener er av betydning for samhandlingsreformen.

Helse og omsorgstjenesten i Norge har utviklet seg til en komplisert virksomhet med økende krav til kompetanse, personell, bygninger og utstyr. Stortingsmelding 16 (2011 -2015) viser til at det siste tiåret er det gjennomført omfattende helsereformer. Helseforetaksmodellen ble innført i 2002. Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene. Virksomhetene ble organisert i helseforetak. Det vil si at de er egne rettssubjekter og således ikke en integrert del av statlig forvaltning. Helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten, og ligger til grunn for styring av helseforetakene. Staten er i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten med sektoransvar, finansieringsansvar, og eierskap. Stortingsmelding 16 (2011- 2015).

I lov om helseforetak (2001), ble det pekt på som en viktig forutsetning å finne balansen mellom lokal frihet i det enkelte foretak, og nødvendig overordnet styring. (ibid)

Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold, men formelt sett er det ikke begrensninger i eiers rett til å styre. (ibid)

Helseforetaksloven har noen begrensninger i foretakets beslutningskompetanse. § 30 fastsetter at det er foretaksmøtet i regionalt foretak, altså statsråden som treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder saker av betydning eller antas å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Hvilke saker som er av vesentlig betydning vurderes i den enkelte sak. De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investeringer i egen region. Virksomhetene skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger i foretaksmøte, og vilkår knyttet til stortingets bevilgning. Stortingsmelding 16 (2011-2015). De regionale helseforetakene skal samordne virksomheter i underliggende helseforetak for å oppnå hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse i tråd med de nasjonale føringene gitt i Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015).

5.1 Hovedtrekkene i samhandlingsreformen Stortingsmelding 47 (2008-2009)

I 2010 ble Stortingsmelding 47 ”rett behandling på rett sted til rett tid” varslet. Daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen mente vi måtte bli flinkere til å styre pengene vi bruker på helsetjenester, og at mye penger brukes feil. Hansen hevdet at det var påkrevd å tenke nytt, og sørge for økonomiske intensiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene innbyggerne trenger. I følge Hansen skal det lønne seg for kommunene å tenke forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenesten. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid.

I Stortingsmeldingen (2008- 2009), er hovedutfordringene knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det pekes på ulike utfordringer.

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester ivaretas ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Som nevnt har samhandlingsreformen som mål å gi helsetjenesten ny retning. Kommunene skal ha mye fokus på forebygging og tidlig innsats, og innbyggere skal i større grad ta ansvar for egen helse. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte praksis, og kommunene må da rustes til å ta raskere imot utskrivningsklare pasienter. Frem mot 2016 skal også kommunen kunne ta imot øyeblikkelig hjelp. Det legges opp til ny kommunerolle med behandling før, istedenfor, etter.

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten tydeliggjøres. Departementet ønsker å sikre at kommunene innenfor de rammer lov og forskrift setter, selv kan velge hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov.

Et av hovedgrepene for å bedre samhandlingen er et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak/regionale helseforetak. Avtalene skal blant annet etablere en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse. De skal videre understøtte lovgivningen om samhandling, og bidra til å sikre likeverdighet mellom avtalepartene og mer enhetlig praksis både på regionalt og nasjonalt nivå. Departementet mener at avtalen vil være et sentralt verktøy for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp og tjenestetilbud.

Begrunnelsen for endret kommunerolle

I Stortingsmelding 47 (2008-2009) presiseres det at kommunen har sin organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærheten til befolkningen og at den i tillegg har ansvar for mange andre oppgaver som skole, barnevern, sosial tjenester med mer.

Tre forhold blir tatt frem som sentrale.

1. Når Samhandlingsreformen legger opp til sterkere fokus på forebygging understøttet av egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, er dette i stor grad oppgaver som ligger under det kommunale ansvaret.
2. Når pasientens mestring av eget liv er den sentrale målsettingen som rehabilitering, psykisk helse, rus og kroniske sykdommer vil det ofte være samspill mellom helsetjenestene i kommunen.
3. Kommunens helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester. Dersom kommunen oppgraderer tilbudet av helsetjenester før istedenfor, etter, vil de kommunale helsetjenestene i noen grad kunne erstatte de dyre spesialisthelsetjenestene. (ibid)

Det hevdes videre at det er flere årsaker til at kommunene så langt ikke har utviklet en sterkere rolle. Hovedårsaken vurderes å være at kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelige robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter. Dette har ført til utfordringer knyttet til rekruttering blant annet med bakgrunn i stabile og gode utviklingsopplegg. Kommunene har heller ikke inngått systematiske avtaler med universiteter og høyskoler, eller lagt til rette for kompensasjonsordninger for praksisplasser slik det er gjort i spesialisthelsetjenesten. Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å endre denne situasjonen. Stortingsmelding 47 (2008-2009).

Å rekruttere og beholde personell er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenestene. Framskrivninger fra SSB/helsemod i Stortingsmelding 47 (2008-2009), viser at vi vil ha behov for mellom 95000 og 135000 nye årsverk frem mot 2030 mens tilgangen av helsepersonell vil øke om lag med 100 000 årsverk.

I Nasjonal helseplan, (2007-2010) ble status for helsetjenesten presentert, og det foreslås politiske greps om kan gi bedre helsetjeneste. Nasjonal helseplan utgjør derfor et viktig

grunnlag for og mer systematisk kunne beskrive tjenestens utfordringer. Med utgangspunkt i nasjonal helseplan vil myndighetene etablere en strategisk ramme for personell og utdanningsområdet (ibid) Helsetjenestens operasjonalisering og konkretisering må stå i forhold til denne.

Ivaretagelsen av utdanningsoppgaver er en av hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-5,3-6 og 3-10 (1999)

Kommunehelsetjenesten plikter også å medvirke til utdanning, og må ivareta dette innenfor rammebevilgninger. I nasjonal helseplan blir det vist til dimensjoner som innhold i utdanningene og fordeling av personell.

Stortingsmelding 47 (2008-2009) presiserer at utdanningsinstitusjonene særlig har hatt utfordringer med tilstrekkelige praksisplasser til fastlegetjenesten. Universiteter og høyskoler skal i løpet av 2012 ha utarbeidet læringsutbytte beskrivelser for alle fag og studieplaner i samsvar med rammeverket. Denne prosessen gir institusjonene en gylden anledning til å tilpasse utdanninger til de endringer i helsevesenet samhandlingsreformen medfører. (ibid)

Helsepersonell utdanningene er å betrakte som profesjonsutdanninger der avveiningen mellom institusjonens autonomi og samfunnsoppdrag blir sentral, og det understrekes at i den kommende stortingsmeldingen om kompetanse for fremtiden vil ulike strategier som kan styrke samarbeidet mellom utdanningsinstitusjoner og arbeidslivet bli vurdert. I spesialisthelsetjenesten er det inngått avtaler og etablert samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Tilsvarende avtaler er i liten grad etablert i kommunehelsetjenesten. (ibid)

5.2Nytt lovverk tilpasset samhandlingsreformen

Ny lov om Folkehelse (2011), og ny (lov om Helse og sosialtjenester, (2011) er vedtatt. I lov om folkehelse skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, bidra til utvikling av sosiale forskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

I lov om kommunale Helse og omsorgstjenester (2011) skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasienter og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller

psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Lovene foreslår at kommunene kan samarbeide om å løse oppgaver på ulike måter.

Samarbeidet kan ha form av alt fra uformelle nettverk mellom fagpersoner til etablering av egne interkommunale organer som skal ivareta kommunens oppgaver.

5.3 Om endringer av betydning for pasienter, brukere og personell

Pasient- og brukerrettigheter som er knyttet til helse- og omsorgstjenester videreføres i all hovedsak, og samles i pasientrettighetsloven. Lovens tittel endres til pasient- og brukerrettighetsloven. Slik harmonisering av regelverket vil kunne bidra til bedre samhandling mellom tjenesteytere og ulike forvaltningsnivåer. Regelverket om rettigheter blir også mer tilgjengelig for pasienter og brukere.

Kommunene har plikt til å oppnevne en koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasienter og brukere. Koordinator skal ha en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og bidra til at pasient og bruker får et «sømløst» tilbud. I tillegg skal koordinator sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved å etablere systemer for å innhente pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.

Fylkesmannen skal være felles klage- og tilsynsinstans for kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I dag er det tre forskjellige klageordninger for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som nå erstattes av én klageordning. Dette innebærer en betydelig forenkling for de som bruker regelverket. Fylkesmannen skal være regional tilsynsinstans, mens Statens Helsetilsyn fortsatt skal ha det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet.

5.4 Samarbeid helseforetak og kommune

Etter § 6-1 i helse og omsorgstjenesteloven (2011), har kommunene plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetak i helseregionen eller det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunene kan inngå avtalene alene, ellers sammen

med andre kommuner. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse og omsorgstjenester. Helse og omsorgstjenesteloven (2011).

Dersom kommunene inngår interkommunalt samarbeid om utførelse av tjenester som inngår i avtale med foretak, hevdes det i loven at det kan være hensiktsmessig at det interkommunale samarbeidet forhandler med foretaket og at kommunene inngår likelydende avtaler med helseforetaket. (ibid)

Tilsvarende plikt er pålagt det regionale helseforetaket jmf. Spesialisthelsetjenesten § 2-1 e. I norsk avtalerett gjelder i utgangspunktet avtalefrihet. Dette betyr både frihet til å inngå eller unnlate å inngå avtaler, frihet til å velge avtalepart, og at avtalepartene har frihet til å bestemme avtalens innhold.

Bestemmelsene i Helse og omsorgstjenesteloven § 6-1 om ”plikt til å inngå avtale”, innebærer en begrensning i den avtalefriheten ved at kommuner og helseforetak nå er forpliktet til å inngå avtale. Helse og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal veileder (2012) til kapittel 6 i helse og omsorgstjenesteloven. Hensikten er å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse og omsorgstjenestene.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe for utarbeidelse av veilederen. Gruppen hadde følgende mandat:

”Arbeidsgruppen skal bygge på partenes erfaringer med de frivillige inngåtte samarbeidsavtalene som gjelder i dag og innhente gode eksempler til erfaringsspredning. Behovet for maler og ønsket om likartet praksis og fortolkning mellom kommuner og regionale helseforetak, må veies opp mot partenes frihet til å tilpasse avtalene til lokale forhold. Det må fremgå av veiledningsmaterialet hva som må til for å oppfylle lovpålagte krav. Veiledningsmaterialet bør også vise hvordan avtalene kan bidra til samarbeid om lokal utvikling utover de minstekrav som følges av rettslige rammer. Veiledningsmaterialet bør være overordnet og kortfattet slik at det kan være retningsgivende over tid og være tilpasset partenes behov for justeringer.» Nasjonal veileder (2011 s. 4)

Arbeidsgruppen besto av representanter for de regionale helseforetakene, KS (kommunenes interesse og arbeidsgiverorganisasjon), helsedirektoratet, og helse og omsorgsdepartementet. Det ble sørget for innspill fra bruker og pasientorganisasjoner.

Avtalene skal som et minimum omfatte:

1. Enighet om hvilke helse og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og læring og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd.
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjonen.
6. Retningslinje for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og faglige nettverk og hospitering.
7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
8. Samarbeid om jordmortjenester.
9. Samarbeid om IKT løsninger lokalt.
10. Samarbeid om forebygging.
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede.

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingene mellom partene ved å konkretisere oppgave og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og etablere gode rutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte den aktuelle tjenesten.

Den nasjonale veilederen anbefaler ikke spesielle organisatoriske løsninger, men peker på noen viktige prinsipper:

- Avtalene bør forankres på relevant nivå. Det vil si både hos ansvarlige for de tema avtalen omhandler, og de som faktisk utfører aktivitetene avtalen regulerer. Forankring skal skje ved tilstrekkelig informasjon og involvering av de ansatte
- Avtalene skal gjøres kjent for alle de angår. Dette innebærer at avtalene er lett tilgjengelige for eksempel på intranett, og at de er gjenstand for daglig oppmerksomhet hos leder og ansatte.

- Etablering av formålstjenlige samarbeidsorganer og samarbeidsformer for utarbeidelse, gjennomføring og oppfølging av avtalene. Pasient og brukerrepresentanter skal delta.
- Det skal utarbeides evalueringsrutiner for tilbakemeldinger av gode og dårlige erfaringer og håndtering av uenighet.
- Samarbeidet skal være basert på likeverd og respekt.
- Avtalene skal bidra til å klargjøre ansvars og oppgavefordeling på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på laveste effektive omsorgsnivå.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalene og utvikle en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer og tas i bruk på en systematisk måte. (ibid)

6.0 Teoridel:

Jeg vil under dette kapittelet presentere teori jeg mener er relevant for problemstillingen «hva hemmer og hva fremmer samhandling»

6.1 Generelt om organisasjon

Med en organisasjon forstår vi vanligvis et stabilt og målretta samarbeid mellom mennesker. Bukve(1997).

Organisasjonene består av struktur, deltakere, mål og teknologi. Den sosiale strukturen viser det faste mønsteret som er mellom deltakerne i organisasjonen. Slike mønster har ifølge forfatteren både en normativ side og en atferdsside. Den normative strukturen beskriver hvordan atferden i organisasjonen bør være. Verdier, normer og rolleforventninger inngår som komponenter i den normative strukturen. Den faktiske atferden er handlinger, samhandling og følelser. Vi har et skille mellom formell og uformell struktur. Deler av organisasjonens normer og atferdsmønster kan være nedfelt i vedtatte mål, regelverk, organisasjonskart og lignende. Den uformelle strukturen består derimot av verdier, vaner og atferdsmønster deltakerne har. Deltakere i denne sammenheng blir brukt om de som yter tjenester. Mål er et kontroversielt begrep. Enkelte ser det som selve drivkraften, mens andre ser målene som en måte å rettferdiggjøre handling på.

Teknologi beskriver ikke bare redskaper, men også kunnskaper som en viktig del. Omgivelsene er det siste elementet. Alle organisasjoner må forholde seg til omgivelsene. Organisasjonene får ressurser og krav fra omgivelsene, og leverer tilbake tjenester. (ibid)

6.2 Omgivelsene som ressurs:

I situasjonsteorien finnes det to vanlige måter å typologisere omgivelsene på. Den ene typologiseringen tar utgangspunkt i omverden som ressurs for organisasjonen, med andre ord hvor avhengig organisasjonen er av omgivelsene. Hoveddimensjonene er.

- Overflod eller knappe ressurser.
- Konsentrerte eller spredte ressurser.
- Organiserte eller uavhengige aktører i omgivelsene.
- Autonomi kontra aksess.

Organisasjonen blir ekstremt avhengig når ressursene er knappe og konsentrerte og omgivelsene er samordnet i en organisasjon. Da må organisasjonen tilpasse seg istedenfor å kontrollere omgivelsene. Bukve (1997) Ressursdimensjonene blir derfor viktig med tanke på å forstå styringspotensialet offentlige styresmakter har. Den andre måten å typologisere omgivelsene på går ut fra hvor stor uvisshet det skaper for organisasjonen. De viktigste dimensjonene er:

- Enkle eller komplekse omgivelser.
- Stabile omgivelser eller omgivelser i endring. (ibid)

I følge forfatteren er en velkjent situasjonsfaktor at organisasjonen svarer på økt kompleksitet i omgivelsene med økt differensiering gjennom å legge til nye områder.

Eksempler på dette kan være økt spesialisering i kommunen representert ved ulike fagteam. Ulempen ved dette er økt arbeidsdeling i organisasjonen som igjen gir økt samordningsproblem.

Det påpekes at problemer som knytter seg til raske endringer i omgivelsene ikke uten videre kan løses gjennom økt differensiering. Begrepet differensiering betyr at hver del får konsentrere seg om en liten del.

Rask skiftende omgivelser krever derfor fleksible og lite strukturerte organisasjonsformer. Har man samtidig komplekse og skiftende omgivelser blir organisasjonsutformingen vanskelig. (ibid)

Dette er på mange måter den aktuelle problemstillingen for kommuner i dag. Kommuner er blitt sammensatte og komplekse organisasjoner ettersom endringer har skjedd i samfunnet. Kommunene er langt på vei avhengig av ytre aktør, som staten for tilførsel av økonomiske ressurser.

6.3 Sentralisering/desentralisering

I en artikkel ”Desentralisering i organisert hopehav- tillegg til lokalpolitikken”, drøfter Baldersheim og Offerdal (1979) begrepene sentralisering og desentralisering. Forfatterne hevder at det er delte meninger om hva som kjennetegner desentraliserte styringssystem. I artikkelen gir de noen hovedlinjer når det gjelder bruken av begrepene. Det pekes på at en organisasjon ikke kan fungere som et desentralisert vedtakssystem uten at det er avklart visse former for samordning og kontrolltiltak. (ibid)

Det hevdes at når problemene i en organisasjon når et visst omfang, blir det vanskelig å fatte alle vedtak sentralt. For å avlaste topporganet, blir oppgaver eller vedtak overført til underavdelinger. For å hindre fragmentering av organisasjonen, oppstår det behov for samordning av sideordnede. Baldersheim og Offerdal (1979) snakker om desentralisering i den grad underavdelinger utøver skjønn når de fattet vedtak, og når samordningen av tiltakene skjer uten bruk av hierarkiske styringsteknikker.

Det pekes på at det trolig vil være en sammenheng mellom skjønn og samordning. Visse former for samordning eksempelvis hierarki, kontroll og bruk av detaljerte vedtaksregler vil måtte bety sentralisering av skjønnsutmålingen.

Vedrørende desentralisering gir Baldersheim og Offerdal (1979) i sin artikkel en oversikt over fem bruksområder.

BRUKSSAMMENHENG	DESENTRALISERINGSTYPE	VERDIGRUNNLAG
Rettstat	Delegasjon	Hjemmel regelorientering
Demokrati	Deltaking representasjon	Interesseorientering
Effektivitet	Dekonsentrasjon	Mål- middel orientering
Nasjonsbygging	Kommunalisering	Elitemobilisering
Småskalaideologi	Distribuering	Autonomi

Forfatterne viser til at desentralisering har mange nyanser. Hva som legges i ordet varierer med hvilke sammenheng det brukes i, eller hva slags styringsideal det diskuteres ut fra.

I et rettstats perspektiv blir desentralisering fremstilt som et spørsmål om delegering av makt og myndighet. Med det menes at det gis et spesifisert rett til å fatte visse vedtak innenfor definerte kompetansegrenser gitt av høyere styresmakter.

I et demokratiseringsperspektiv blir desentralisering brukt om to ting:

Reformer i forholdet mellom innbyggere og styringsinstitusjoner i retning av utvidet deltakelse hos innbyggerne. Ut fra et demokrati ideal blir det understreket at den vedtaket gjelder må ha anledning til å være med på vedtaket eller kunne innvirke der hvor det blir tatt avgjørelse. Utvidet deltaking kan også gjelde tjenestemennene innenfor et forvaltningsorgan som krever å bli hørt i visse spørsmål.

Eksempelene karakteriserer i følge forfatterne et interesse demokrati. Desentralisering som demokratisering kan også tyde på at folkevalgte på kommunenivå får utvidet spillerom (ibid) I en slik sammenheng benyttes ofte politisering eller avbyråkratisering.

Forfatterne viser også til en brukssammenheng som de kaller effektiviseringsperspektivet. I denne sammenheng betyr desentralisering dekonsentrasjon av styringsfunksjon med det siktemål at topporganet skal få bedre oversikt over organisasjonen, kunne ta avgjørelser raskere eller kunne konsentrere seg om de viktige sakene. (ibid).

Dekonsentrasjon kan skje som formell delegasjon av myndighet. Delegasjonen forutsetter at det forekommer et over og underordnet forhold (hierarki) mellom de som delegerer og delegat. Rettstasperspektivet vektlegger å regulere forholdet mellom to samarbeidende instanser som et over og underordnet forhold gjennom delegasjonsvedtak (ibid). Ut fra et effektivisering perspektiv blir forholdet mellom de som skal samarbeide regulert med tanke på hva som er nyttig arbeidsdeling ut fra de mål organisasjonen er satt til. For å unngå flaskehals i styringsnivået kan det være nyttig å desentralisere.

Desentralisering blir i følge Baldersheim og Offerdal(1979) også brukt i et nasjonsbyggingsperspektiv om kommunaliseringstiltak. Her blir desentralisering brukt ved overføring av oppgaver til kommunale organer eller en generell styrking av kommunene med det siktemål at kommunene skal fungere bedre i eller for et nasjonalt fellesskap (ibid). Ved å overlate oppgaver til lokale styrer med en viss grad av selvstyre skaper en grunnlag for identifikasjon med nasjonen. I følge forfatterne vil identifikasjonen være en ressurs for toppnivået som de kan benytte i gjennomføringen av nasjonale mål.

Den siste formen for desentralisering Baldersheim og Offerdal (1979) trekker frem, er bestemte lokaliserings og tilpasningsmønster gjerne ut fra en småskala ideologi. Eksempelvis utflytting av statsinstitusjoner, men uten en spesifisering av samarbeid mellom enhetene som inngår i lokaliseringsmønsteret. Det heves at bedrifter som tilpasser seg gjennom markedsmekanismer blir omtalt som et ledd i en desentralisert økonomi.

I følge forfatterne (ibid), innebærer desentralisering en prosess som tar sikte på å dele inn i et organisert felleskap i deler, og fordele ansvar, oppgaver, funksjoner, autoritet og ansvar.

Det vises til tre viktige spørsmål:

På hvilke måte skal organisasjonene deles inn i deler, og hva skal delingskriteriene være?

Hva skal deles?

Hvordan skal relasjonen være mellom underavdelinger seg imellom, og hovedorganisasjonen?

Baldersheim (1979) har laget en modell som viser relasjonen mellom delene i det desentraliserte systemet. Relasjonene karakteriseres ut fra begrepene aksess kontra autonomi. Konsekvenser av aktiviteter vil variere fra enhet til enhet. Er konsekvensene av aktiviteter i andre enheter mange og viktige, vil enheten ha liten autonomi. Er konsekvensene få og lite viktig, vil enheten ha høy grad av autonomi. Samtidig med at autonomien varierer kan også enheten ha varierende grad av tilgjengelighet til andre. Dette innebærer at konsekvensene av egen aktivitet for andre enheter kan være små eller store (ibid)

	Autonomi	
	Høy	Lav
Aksess	Høy	1. Føderasjon 2. Demokratisk stat
	lav	3. Fragmentert system 4. Sentralisert stat

Når relasjonen er preget av høy grad av autonomi og lav grad av aksess, vil vi stå overfor ett fellesskap i oppløsning. Systemet blir fragmentert. I rute 2 demokratisk stat, har aktørene relativt liten frihet til å fastlegge policy alene, men har anledning til å innvirke på vedtak. I følge forfatteren vil et fellesskap i en ikke fragmentert organisasjon kunne studeres som et spørsmål om i hvor stor grad vedtak er preget av skjønn for de underordnede.

Hansen og Kjellberg i Baldersheim og Offerdal (1979), har drøftet kommunens autonomi på ulike sektorer med bakgrunn i en slik modell. De skiller mellom ulike grader av autonomi ved å stille spørsmål om hva slags grad av skjønn de som fatter vedtak i kommunene har med tanke på valg av mål og valg av middel for å realisere disse målene. En todeling av skjønnet i lavt og høyt for hver av de to dimensjonene gir følgende tabell som vil karakterisere ulike vedtakssituasjoner for underordnede.

Grad av skjønn med

Hensyn til valg av mål

Grad av skjønn	Høyt	Lavt	Høyt
Med hensyn til valg av middel		1: Administrativ desentralisering	2: Politisk desentralisering
	Lavt	3: Dekonsentrering	4: Avmaktssituasjon

I den første har vi en vedtakssituasjon som vi kaller administrativ desentralisering. I denne situasjonen kan underordnede i liten grad fastsette målene som vedtaket skal realisere, men samtidig står de relativt fritt til å velge middel. Et eksempel kan være i tilfeller hvor kommunene gjennom lovverk blir pålagt å redusere utgifter, men det er overlatt til kommunene selv å finne måten dette skal skje på. I den tredje ruten er midlene gitt på forhånd. De som skal fatte vedtak er bundet både av hensyn til mål de skal sette og hva skal middel som skal benyttes. Dette vil være en situasjon for mange saksbehandlere i en byråkratisk oppbygd organisasjon. Vedtak som blir fattet i en slik situasjon kalles dekonsentrering eller delegering av vedtaksmyndighet.

Motstykket til dette vil være den politiske desentraliseringen vi finner i rute to. Et eksempel på en slik situasjon vil være kommunestyreordningen slik den er ment å fungere i følge idealet. Med det menes at kommunestyret kan opptre fristilt, og ta ansvar i eget hus.

Rute fire representerer avmaktssituasjon der underordnende kan fastsette mål selv, men de har ikke midler til å realisere målene. En situasjon mange kommuner vil kjenne seg igjen i.

Kommunene kan i prinsipp ta opp hvordan saker de vil, men i praksis blir det frie initiativet begrenset grunnet mangel på ressurser.

Baldersheim og Offerdal (1979) drøfter videre hva slags vilkår som må være tilstede for at et system skal fungere desentralisert. De vektlegger det formelle regelverket som har sin egen tyngde. Når regelverket legger opp til at kommuner skal være styrt av lokale politikere, vil vedtak lettere bli akseptert.

For å kunne fungere politisk desentralisert, vektlegges betydningen av tilstrekkelige ressurser.

6.4 Økt press på kommunene

Jeg vil i følgende kapittel benytte utdrag fra en artikkel av Ramsdal og Qvortrup (1992) Beskrivelsen er hentet fra Østfold Fylkeskommune i 1987. Selv om det er noen år siden artikkelen ble skrevet, finner jeg den likevel interessant da jeg mener den belyser sentrale områder som i stor grad preger dagens utfordringer.

Ramsdal og Qvortrup (1992) har i et notat om Fylkeskommunen i Østfold beskrevet ”konsernmodellen” Modellen som ble lansert i 1987 utgjorde en helt ny trend innenfor organisering og styring. Utfordringene var å finne balanse mellom

- Krav om å redusere utgifter.
- Krav om å omstrukturere og omprioritere tjenestene.

Innføring av konsern organisasjonen i fylkeskommunen var derfor å betrakte som etablering av en forvaltningspolitikk som et virkemiddel for å styre helsesektoren i retning av de kravene som ble presentert foran. Ramsdal og Qvortrup (1992)

Geografi eller funksjon som divisjonaliseringsprinsipp

Ramsdal og Qvortrup (ibid) hevder at svakheten ved divisjonaliseringsprinsippet ¹ som ble valgt i 1987 var at det var basert på ønsket om politisk legitimitet, og ikke på en analyse av de særtrekk ved helse og sosialtjenestens dynamikk som kunne forsvare modellen.

To tendenser som ble drøftet var autonomi og relevans. Med autonomi menes utvikling av medisinen på fagets premisser. Med relevans menes en faglig utvikling som primært korresponderer med de behov som publikum etterspør.

¹ Med divisjonaliseringsprinsippet menes likeverd og distrikts organisering

To retninger som ble pekt på var økende spesialisering i legeutdanningen med derav følgende sentralisering av institusjonshelsetjenesten. Tendensen ble sett på som å gå i retning av ”high- tech- medisin.

Videre økende aktivitet i den kommunale helse og sosialtjeneste med vekt på pleie, omsorg og forebygging. Tendensen ble sett på som omsorgsmedisin.

Forfatterne hevder at tendensene krevde ulik organisering, og at dilemmaene mellom disse tendensene var latent i helsedebatten.

Det ble beskrevet at dominerende trekk i sykdomspanoramaet er vanlige sykdommer og at en distrikt organisering som et alternativ til kommunesammenslåing i fremtiden vil være hensiktsmessig til denne målgruppen.

Videre at disse utfordringene i større grad vil bli knyttet til primærhelsetjenesten.

Interkommunalsamarbeid eller kommunesammenslåing ble sett på som mer aktuelt. Ramsdal og Qvortrup (1992)

Synspunktene som ble presentert ville i følge forfatterne danne grunnlag for reorganisering av det fylkeskommunale helsevesenet utfra to tendenser, en ”sentripetalkraft” som endte opp i en funksjonell organisasjon og en sentrifugalkraft som presset den geografiske baserte organisasjonen mer i retning av sammensmelting av kommuner.

6.5 Demokrati og økonomi

Lundquist (2008) hevder at dersom man fokuserer på økonomiverden alene, må man se bort fra demokratiet. Med et slikt syn blir organisering og ledelse en løsning på problemet. Det private næringslivet blir sett på som forbilde.

Forfatteren hevder at vårt offentlige etos er demokrativerden på en side og økonomiverden på den andre siden. I demokrativerden vektlegges makt i folket og offentlig etikk. I økonomiverden vektlegges funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet. Forfatteren hevder at begge verdener skal iakttas av alle offentlige tjenestemenn.

Det hevdes videre at demokratiet ikke er vunnet en gang for alle. Samholdet forandres og man blir påvirket av omgivelsene både når det gjelder teknologi og innbyggers behov endres. (ibid)

6.6 Fordelingskrise

Mangel på ressurser i helsesektoren er nevnt i en rekke offentlige utredninger, og er regnet for å bli en av de store utfordringene i fremtiden. Allerede på sytti tallet, drøftet Finn Henry Hansen (1976) dilemmaet. I en artikkel "Kjempevekst og fordelingskrise" påpeker han en rekke problemer som følge av vekst og fremskritt i helsesektoren. Det store fokuset på forebyggende medisin og den generelle forbedringen av folks levevilkår har ført til en betydelig forlenget levealder. Som en følge av dette har vi fått en aldrende befolkning med økende sykkelighet, hvorav særlig det større innslag av kroniske lidelser representerer et tiltakende problem. Denne demografiske forandringen bidrar sterkt til å øke belastningen på helsevesenet. Grund i Hansen (1976)

De stadige innovasjoner innen moderne medisinsk vitenskap og teknologi har i større grad gjort det mulig å behandle sykdommer som man før sto helt maktesløse overfor.

De nye teknologiske mulighetene har sammen med en etisk begrunnet uvilje mot å ekvivalere liv og helse med økonomiske størrelser frembrakt det teknologiske imperativ, alt som er teknisk mulig skal gjøres for å redde liv. Funchs i Hansen (1976)

Det er videre et trekk ved de fleste nyvinninger innen medisinsk teknologi at de i liten grad erstatter personell. Det er snarere slik at de forutsetter nye personalkategorier. Ekstreme anvendelser av denne ideologien fører til enorme kostnader, og kan i sin ytterste konsekvens forutsette en uendelighet av ressurser.

Det økende tilbudet av helsetjenester har også bidratt til å øke etterspørselen av disse tjenestene og folks forventninger om hva sektoren kan yte.

Ettersom knappheten på ressurser blir mer merkbar, er det grunn til å forvente økende konflikt og konkurranse omkring fordelingen av penger og personell mellom de ulike delene av helsesektoren. Hansen (1976)

Konsern organisasjon (helseforetak) innebærer at en vektlegger strategisk ledelse fra et organisatorisk topp punkt- konsernledelsen over de tidligere lite autonome enhetene, og at en gjennom mål og rammestyring og andre organisatoriske tiltak søker å endre organisasjonsatferd i tråd med de mål og strategier som besluttet fra toppunktet. Her er det modellens evne til å samordne de tidligere autonome enhetene som er sentrale.

På denne måten får divisjonslederne stor innflytelse over hvilke virkemidler som skal benyttes for å nå konsernledelsen fastsatte mål. Ramsdal og Qvortrup (1992)

6.7 Spesialisering

Noe av den samme utfordringen drøfter Berg i Medisinens logikk (1987). Han hevder at med spesialisering har det oppstått formell avhengighet leger imellom. Allmennpraktikeren er kommet i en hierarkisk arbeidssituasjon. Han er blitt avhengig av spesialister. Selv om allmennpraktikeren har en unik trening i å se medisinske forhold også psykososiale forhold, gir den ikke noen særegen autoritet. Forfatteren konkluderer med at den tradisjonelle lege er faglig avhengig av spesialister, og har dermed tapt autonomi.

Selv om spesialisten kan mer på et område enn allmennpraktikeren, er det trolig at han kan mindre enn allmennpraktikeren utenfor dette område. Spesialistene blir selv avhengige. De fleste spesialister er stykket opp i mindre enheter. På denne måten befinner spesialisten seg også i et vertikalt avhengighetssystem. I tillegg blir spesialister vevet inn i horisontale, det vil si gjensidige eller likeverdige avhengigheter.

6.8 Makt:

Likeverd er et sentralt begrep i samhandlingsreformen. Mye tyder på en skjev fordeling av makt. Jeg vil derfor i dette kapittelet benytte makt teori jeg mener er relevant for problemstillingen.

Makt er et kjernebegrep i politiske modeller. En kan definere makt som en aktørs evne til å overvinne motstand (maktens relasjonelle side), evne til og på virke utfall (maktens avgjøringsside) eller evne til å realisere sine interesser (maktens fordelingsside). Hernes i Bukve (1997)

Kommunenes makt:

Kommunene er både lokalt selvstyre med folkevalgte og administrasjon. De er også forvaltningsorgan for staten, og et organ for å iverksette statlige tiltak. I praksis er likevel virkeområdene for kommune begrenset av økonomiske rammer og statlige særlover som kommunene må ta seg av. Dette har i realiteten satt klare grenser for den lokale friheten. Bukve (1997)

Maktfaktorene:

Evnen til å få gjennomslag for sine interesser er avhengig av den strategiske posisjon i nettverket. En viktig maktfaktor er kontrollen med funksjoner som står mer sentralt enn andre.

Det kan dreie seg om beslutningsmyndighet vedrørende fordeling av klienter eller arbeidsoppgaver, disponering av fellestjenester eller disponering av felles ressurser som andre er interessert i.

Dette gir makt fordi det gir mulighet til å påvirke ressurstilgangen til andre enheter.

Weber (1973) definerer dette som legal autonomi.

En annen viktig kilde til makt kan være politisk eller økonomisk ekstern støtte, for eksempel fra politikere, interesseorganisasjoner eller fra det overordnede administrative apparatet.

Slik støtte vil kunne styrke posisjonen både når det gjelder ressurstilgang og fordeling av oppgaver, og den kan øke graden av administrativ uavhengighet.

I følge Benson i Repstad (2004), vil muligheten til å spille på makt og ressurstilgang være mindre når:

- Jo færre alternative ressurskilder for finansieringen av virksomheten som er tilstede.
- Jo mer makten i systemet er kontrollert.
- Jo mindre autonomi nettverket som sådan nyter.
- Jo mer byråkratisk kontrollfunksjonen utøves.
- Jo strammere ressursituasjonen generelt er innenfor sektoren.

Enheter som skal lykkes i samarbeid må altså ha mulighet til gjennom forhandlinger og kompromisser å arbeide seg frem til samhandlingsprosesser som vil styrke båndene i nettverket. For at det skal lykkes, er det nødvendig med minstemål av makt og ressurser, et minstemål av forhandlingsposisjon. Samarbeid som ikke innebærer en viss grad av gjensidighet, vil snart bli den enes dominans. Repstad (2004)

6.9 Sykehuset som polyarki

Det utøves autoritet i en helseinstitusjon. I praksis vil det være mange former for autoritet som utøves, byråkratisk, medisinsk og bedriftsdemokratisk. Byråkratisk kan være avgjørende i økonomiske spørsmål, medisinsk i kliniske spørsmål og bedriftsøkonomisk i organisatoriske spørsmål. I følge Ole Berg (1987) oppstår det lett spenninger mellom de ulike former for autoritet, og dermed også mellom de som representerer dem.

Max Weber (1973) karakteriserer staten som et monopol som har makt innenfor et territorium.

Han hevder at enhver form for makt vil søke å rettferdiggjøre seg selv gjennom legitimitet. Den moderne staten må da ha sin makt hjemlet i lov. Den moderne stat blir da basert på legal autoritet.

Det vektlegges at ikke alle sosiale relasjoner er herskeforhold, men i de fleste former for sosialt samvær spiller makt en viktig rolle. Når det opprettes rasjonelle interesse relasjoner i et ustrukturert samkvem, utspilles makt.

Weber (1973) redegjør for at herredømme er et spesialtilfelle av makt. Ofte anvendes økonomi i den hensikt å bevare herredømme, noe som har innvirkning på strukturen.

Herredømme kan opptre i ulike former når det oppfattes i høyst forskjellige betydninger som makt, og det å påtvinge andres atferd en egen vilje.

Weber (1973) hevder det er umulig å foreta en omfattende oppregning av alle former og betingelser for makt i vid forstand. Han viser heller til to motpoler, herredømme i kraft av interessekonstellasjon (og særlig i kraft av monopolsituasjon), og på den andre side kraft av autoritet (myndighet til å befale, og plikt til å adlyde).

Begge typer flyter i hverandre. Egeninteressen spiller en rolle inn i ethvert autoritetsforhold. Vanligvis må den som adlyder ha en viss interesse av å adlyde, ellers ville han ikke gjøre det. Weber (1973) kaller dette lydighetens uunnværlige drivkraft, også her er skillet flytende. Det er en motsetning mellom den faktiske makt som er et resultat av markedets transaksjoner og reguleres gjennom interesser, og på den andre siden autoritær myndighet som appellerer til at det er plikt til å lyse.

Makt som beror på interesse konstellasjoner er identisk eller likner på maktforhold i markedet. De kan lett utvikle seg til knesatte rasjonelle ordninger hvor myndighet og tvangsapparat har en ekstern basis. Videre kan herredømme som har et rent maktpreg eller er betinget av interessekonstellasjon nettopp gjennom fraværet av regler oppleves som langt mer trykkende enn den som baserer seg på regler og plikter.

Herredømme blir oppfattet som identisk med det å kunne befale i kraft av autoritet.

I det ligger det at når den herskende kunngjør sin vilje vil de påvirke og påvirker de faktiske handlesett til andre.

I enkelte tilfeller kan handlingen utføres fordi befalingen oppleves som riktig, eller så kan den bli utført av plikthandling, av frykt, eller for sosial vinning skyld.

Et herskeforhold kan ifølge Weber (1973) være tosidig. Ulike fagområder har gjensidig myndighet overfor hverandre i om med at de er underordnet den andres kompetanse. Det

avgjørende for sosiologien er om makt består. Det utslagsgivende er om en autoritet som gjør krav på bestemte befalinger også gjør krav på det en lovhjemlet normativ orden utgjør.

All forvaltning trenger på en eller annen måte herredømme. En eller annen må befale slik at forvaltningen blir skjøttet. Weber (1973) laserer begreper direkte demokratisk forvaltning. I det legger han at alle prinsipielt har de samme kvalifikasjoner for å ta seg av felles saker, og fordi den reduserer myndighetenes omfang til et minstemål.

Funksjonene kan bli tildelt ved loddtrekning eller direkte valg.

Enhver makt har i følge Weber (1973) behov for å rettferdiggjøre seg selv.

Det finnes tre fundamental former:

En befalingsmyndighet gyldighet kan komme til uttrykk i et system av rasjonelle regler, som etterkommes i egenskap av normer.

For det andre kan gyldigheten bero på personlig autoritet. Grunnlaget for denne autoriteten kan være tradisjon, altså sed og skikk. Det har alltid vært slik, har et hellig preg, og dette resulterer i lydighet.

For det tredje kan gyldigheten være grunnlag for det omvendte. Det kan bestå av det usedvanlige, av troen på charisma, med det menes at personen har en åpenbaring eller nådegave.

Ved å blande disse typene finner man i følge (Weber 1973) det som består i virkeligheten.

6.10 Likeverdighet

Likeverdighet mellom partene er et moment som sett fra kommunenes side er viktig i samarbeidsforholdet. I en kartlegging av utvikling av formalisert samarbeid

Mellom kommuner og helseforetak pekes det imidlertid på manglende likeverdighet. Kalseth og Paulsen (2008) Dette tolkes som at opplevelsen av asymmetri i relasjonen mellom samarbeidspartene fremstår som et grunnleggende problem sett fra kommunenes side når det den sterkt spesialiserte medisinen som utøves på sykehus har høyere status enn allmennmedisinen, og det igjen påvirker kommunikasjon og samhandling.

6.11 Koordinering

Harald Knutsen i Repstad (2004) peker på to ulike tradisjoner i samfunnsvitenskapen som bygger på ulike menneskebilder. Ett normstyrt, kulturstyrt og fellesskapsorientert, og ett kalkulerende preget av egeninteresser. På den ene siden har konkurransepress og

markedsorientering tvunget mange til å skjerpe seg i retning av bruker og serviceorientering. På den andre siden kan krav til økt inntjening, økt fristilling og barskere resultatkrav ført til at hver virksomhet i større grad blir seg selv nok. Det blir en sterkere vi og de holdning enn under en mer samlet og mindre konkurranseutsatt paraply. (ibid)

Den offentlige sektor er under kryssild. Den legger beslag på store ressurser mer enn 65 prosent av brutto nasjonalprodukt. Samtidig har sektoren for lite kapasitet. Begrepene samarbeid, samhandling transaksjon, koordinering og samordning er i følge Harald Knutsen i Repstad (2004) ikke utvetydig verken i faglitteraturen eller i praktisk språkbruk. Koordinering defineres som en prosess hvorved to eller flere organisasjoner skaper/bruker beslutningsregler som er utformet med sikte på kollektiv opptreden i et felles handlingsmiljø. De ser koordinering som mer formalisert enn samarbeid, med vekt på felles målsettinger med betydelig ressursinnsats.

Alle former for interorganisatorisk eller intraorganisatorisk koordinering har som siktemål å effektivisere strømmen av transaksjoner. Mønsteret av transaksjoner justeres slik at transaksjonene gir størst mulig gevinst for en gitt ressursinnsats, eller slik at visse resultatmål nås med et minimum av produksjonskostnader. Koordineringen kan skje gjennom markeder og konkurranse, gjennom samarbeid mellom institusjonelt atskilte enheter eller den kan skje mellom enheter innenfor samme institusjonsenhet. Koordineringen kan styres av et overordnet organ, eller av partene selv.

Forfatteren hevder at nettverksbygging og interorganisatorisk koordinering er nødvendig for kapabilitetsutvikling i den offentlige sektor. Det hevdes at det er vanskelig å komme med en eksakt definisjon av begrepet nettverk og av nettverksperspektivet i forskning og praktisk ledelse. Nettverksperspektivet krever at man fokuserer mer på forbindelseslinjer og samspill. Det hevdes at perspektivet har fått økt betydning for å gi organisasjonsforskningen en mer reflektert politisk/ økonomisk og vitenskapsteoretisk basis. Benson i Repstad (2004) Forfatteren viser til at det er relativt få eksempler på systematiske empiriske undersøkelser av slike fenomener. Av den grunne er det vanskelig å skille ut en detaljert anbefaling for nettverk samarbeid. (bid)

Begrepsavklaringer

Begrepet samarbeid, samhandling, transaksjon, koordinering og samordning er ikke utvetydig. I et forsøk på å avklare forskjellen mellom coordination og cooperation (samordning og samarbeid) definerer Mullord og Rogers i Repstad (2004) koordinering som en prosess hvor to eller flere organisasjoner bruker beslutningsregler som er utformet med sikte på kollektiv opptreden. De ser koordinering som mer formalisert enn samarbeid, med vekt på felles målsettinger, med betydelig ressursinnsats, og av personer på toppplan, og med trussel mot enhetenes autonomi.

Ordet samhandling brukes synonymt med transaksjon, og avspeiler at ytelse utveksles mot motytelse (ibid)

- Koordineringen kan styres av en overordnet enhet, eller av partene selv. Intraorganisatorisk koordinering for eksempel i et offentlig byråkrati, regnes nærmest som en prototyp på koordinering styrt ovenfra.
- Koordinering kan finne sted uten påtrykk ovenfra, noe som ofte ikke er tilstrekkelig.
- Koordinering kan også styres ovenfra. Dette krever et administrativt hierarki, med sentraliseringsproblemer, informasjon og kø problemer, lange beslutningsproblemer og manglende oppfølging på grunnplanet. Utvekslingsperspektivet dreier seg om koordinering uten påtrykk ovenfra. Mandat perspektivet forutsetter at overordnet instans gir ordre om samhandling på et lavere nivå.

Formell maktposisjon er sjelden tilstrekkelig. Mandatperspektivet blir derfor en underkategori. For å oppnå samarbeid må den overordnede enhet tilby motytelser eventuelt straff for ikke å følge ordre.(ibid)

Utfordringer kan oppstå når parter inngår et langvarig samarbeid der dominans og avhengighetsforhold kan true likeverd i utvekslingen, og der interesse og maktforholdene mer enn den direkte nytteeffekten er med på å bestemme partenes vilje og evne til samarbeid.

Knutsen i Repstad (2004)

Det hevdes at i en nyoppstartet virksomhet vil vanligvis formelle målstrukturer, skriftlige instrukser og organisasjonsplaner være normsettende både internt og i omgivelsene. I løpet av kort tid basert på erfaring, tradisjonelle profesjonelle standarder og forventninger erstattes av uformelle normer. For ledelsen vil sikring av budsjettene og ressurstilgang få fokus. Mer enn de formelle målsettingene vil det nå være enhetens egen oppfatning av hvilke oppgaver som er viktig som vil få fokus. Eksempelvis idealer for behandlingsopplegg, og bruk av teknologi vil utgjøre det normative grunnlaget for virksomheten.

«Dette vil prege holdninger til budsjettmessige prioriteringer og til oppgavefordeling innen sektoren og mellom forskjellige sektorer. «Benson i Repstad (2004 s. 28)

Seashore og Yuchtman i Repstad (2004) har vist til at krav om ressurstilgang, beskyttelse av interessesfærer, kamp om nye oppgaver eller kamp om oppgavefinansiering raskt utvikler seg til å bli sentrale målsettinger i de fleste organisasjoner. Dette tiltross for at de sentrale målene så noe helt annet. Ofte finner man at ledere vurderer sin egen innsats og blir vurdert av sine egne medarbeidere ut fra ressurstilgang. Knutsen i Repstad (2004). Av den grunn kan enhetene ligge i konflikt med hverandre selv om de forutsetningsvis hadde en ryddig oppgavefordeling.

Ved siden av de overordnende hensyn til ressurstilgang og oppgavefordeling nevner Benson i Repstad (2004), fire generelle delmål eller ønsker:

- Ønsket om å gjennomføre programmer og arbeidsoppgaver på en vellykket måte, med minst mulig forstyrrelser utenfra og minst mulig innblanding fra andre enheter.
- Ønsket om å holde på oppgaver som enheten er alene om i sitt distrikt. Herunder ønsket om at dersom samme oppgave også skal ivaretas av andre enheter på samme arena, må egen institusjon ha kontrollen (filialprinsippet).
- Ønske om en jevn flyt av ressurser og en jevn pågang av oppgaver.
- Ønske om å forsvare å beskytte egne prinsipper for oppgaveløsning, spesielle behandlingsopplegg, teknikker. Benson i Repstad (2004) kaller dette enhetens teknologiske ideologiske forpliktelse.(ibid)

I følge forfatteren er dette delmål og ønsker som er med på å definere enhetens interesser og strategier som kan spille en rolle vedrørende kvalitet.

Organisasjonene blir på denne måten spilt ut mot hverandre, med behov for å beskytte og dokumentere egen prestasjon. Organisasjonene vil på den ene siden forsøke å kontrollere omgivelsene og redusere avhengigheten og usikkerhet. På den andre siden vil de forsøke å styrke egen posisjon, mestre oppgavene og dokumentere at budsjettene er vel anvendt.

Ressursknapphet, underbemanning, manglende informasjonstilgang, manglende spesialkompetanse kan være viktigere enn politisk press. Knutsen i Repstad (2004)

Maktfaktorer

I kapittel 6,7 vises det til ulike årsaker til maktfaktorer. Knutsen i Repstad (2004) hevder at kontroll med funksjoner er en viktig kilde til makt. Det kan dreie seg om beslutningsmyndighet vedrørende fordeling av klienter eller arbeidsoppgaver.

En kilde til makt kan være adgangen til politisk eller økonomisk ekstern støtte, for eksempel politikere, interesseorganisasjoner eller overordnet administrativt apparat.

Enheter som skal lykkes i samarbeid må i følge Knutsen i Repstad (2004) ha mulighet gjennom forhandlinger og kompromisser å arbeide seg frem til premisser som vil styrke båndene. Et minstemål er da at de er i besittelse av makt og ressurser og et minstemål av forhandlingsposisjon. Samarbeid som ikke innebærer en viss grad av gjensidighet vil bli den enes dominans av den andre. (ibid)

Benson i Repstad (2004) har eksempler på at enheter som oppfatter ressurstilgang som desperat eller føler seg avmektig i forhold til andre, vil kunne velge negative strategier.

Eksempelvis å forstyrre gjennomføring. Faren for en slik situasjon er størst når:

1. Det eksisterer en betydelig ubalanse i henhold til maktfordeling.
2. Eksistere uklarhet og manglende helhetlig budsjett på høyere plan.
3. Oppgavefordeling og makt blir påvirket gjennom endringer i totalbudsjettene.

Avhengigheten vil være større der hvor det er vanskelig å skaffe denne fra alternative kilder. Knutsen i Repstad (2004) stiller spørsmålet når en høyere instans bør gripe inn for å styrke koordineringen mellom enheter. Under økonomiske rasjonelle betingelser vil et overordnet hensyn være å sikre optimal ressursutnyttelse. Overordnede teknologiske eller økonomiske betraktninger eller hensyn til service for publikum tilsier at samhandling må skje. I slike tilfeller er det nødvendig med overordnet mandat for koordinering. (ibid)

I organisasjonsteorien er det vanlig å se koordineringsbehovet i lys av avhengighetsmønsteret. Minzberg i Repstad (2004). Den sterkeste formen for avhengighet har vi når to eller flere avdelinger er gjensidig avhengig av hverandre, Koordinering ovenfra blir vanskelig. Forholdene må heller legges til rette for gjensidig tilpasning. Koordinering innenfor en hierarkisk struktur vil da best kunne tilpasse seg ved fysisk nærhet. Når enhetene ikke befinner seg innenfor samme hierarki, men likevel gjøres til gjenstand for koordineringsmandat, kan man tenke seg samme prioritering og rekkefølge. Hovedspørsmålet i følge Knutsen i Repstad (2004) er om de underordnede instansene innfinner seg med de overordnede koordineringsfremstøt, eller om de overordnede må ty til tvang. Koordinering

gjennom gjensidig tilpasning er avhengig av velvilje, initiativ og selvkontroll. Det kreves aktiv medvirkning til koordineringen.

Ved koordinering gjennom standardisering kan underordnede enheter unndra seg fordi de ser fordeler ved å opprette særtrekk og egne arbeidsformer.

I følge Knutsen i Repstad (2004) krever koordinering planlegging og forhandlinger, omskolering, trening av personell og møtevirksomhet. Knutsen hevder at direktiver som kommer ovenfra i seg selv er nok til å skape motstand. Det er også grunn til å ro at kostnadene vil bli større ved et overordnet initiativ enn ved gradvis utvikling nedenfra. Siden partene ikke frivillig kan forvente å inngå samarbeid dersom gevinster er asymmetrisk fordelt, medfører tvang ofte at minst en av partene opplever en uheldig situasjon. Vedkommende vil da gjøre motstand eventuelt sabotere overordnede koordineringsfremstøt slik at det blir større behov for formalisering og tvang. På samme måte som intern koordinering vil interorganisatorisk koordinering basere seg på historiske tilfeldigheter og personlige egenskaper. Det antas ofte at koordineringsautoritet stammer fra en hierarkisk lagdeling og etableringsstruktur. I følge forfatteren vet vi nå at autoritet har et langt mer mangfoldig basis som inkluderer legitimitet og formell rett, politisk/økonomisk styrke, kompetanse og kapabilitet.

«Autoritet må derfor oppfattes som en blant flere ressurser som enheten konkurrerer om, for å oppnå høy grad av kontroll i forhold til omgivelsene.» Knutsen i Repstad (2004 s. 36)»

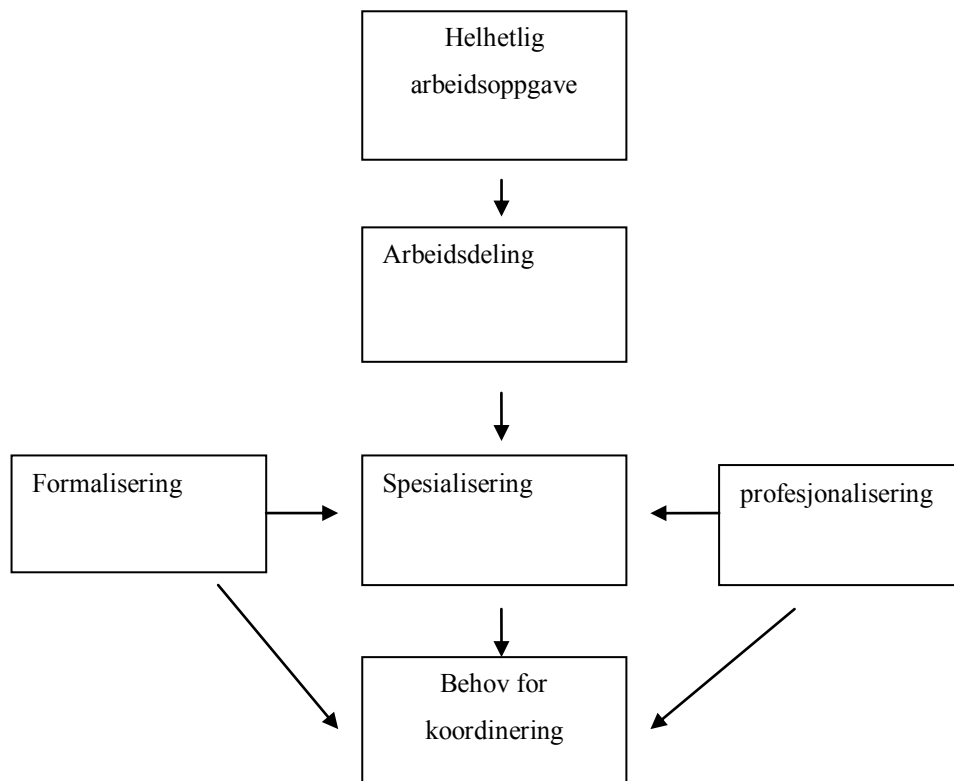
6.12 Om deler og helheten

Jacobsen i Repstad (2004) viser til at den norske velferdsstaten preget av store og formelle organisasjoner. Komplekse og store oppgaver blir delt inn i deloppgaver slik at hver enkelt deloppgave blir håndterbar. En slik oppdeling fører til at man kan spesialisere seg på et avgrenset område. Gjennom spesialisering blir man mer effektiv i det man gjør. (ibid)

Utfordringen med dette er ifølge Jacobsen (2004) at noen utenfra ikke ønsker denne oppsplittingen. De ønsker god helse, god omsorg og helhetlige tjenester.

På denne måten blir delene avhengige av hverandre. For at tjenesten skal bli helhetlig må delene fungere sammen. (ibid). Hvis man ikke klarer å koordinere alle de spesialiserte oppgavene, vil mange sitte igjen med et unyttig produkt. Det nytter ikke hvor godt delproduktet er hvis det ikke inngår i en helhet.

Jacobsen i Repstad (2004) har laget en modell som beskriver hvordan en helhetlig arbeidsoppgave ofte må splittes opp i deler.



Hovedtanken bak effektiviseringsargumentet er at arbeidsdeling tillater spesialisering, det vil si at man konsentrere seg om et avgrenset området, og dermed utfører arbeidet raskere og bedre enn om man skulle drive med flere oppgaver. Jacobsen i Repstad (2004). Spesialisering er fremdeles hovedtrekket ved de aller fleste organisasjoner, selv om graden av spesialisering har endret seg fra så stor grad av spesialisering som mulig (Taylorisme) til en spesialisering som også tar hensyn til menneskets behov for helhetlige og utfordrende oppgaver. (ibid)

I tillegg til arbeidsdelingen skjer det i følge Jacobsen i Repstad(2004) to viktige parallelle prosesser som både er en følge av spesialiseringen, og er blitt en forutsetning for at spesialisering skal bli effektiv, nemlig formalisering og spesialisert utdanning. Den mest ytterliggående formen for spesialisert utdanning har vi ved profesjonsutdannelse. Profesjonsdannelse betyr at bare personer med spesiell utdanning kan inneha spesielle stillinger. Torgersen i Repstad (2004)

March og Olsen (1989) tar utgangspunkt i en stat som skaper politisk orden. Med begrepet institusjon menes formell dannelse av formelle organisasjoner der de enkelte arbeidsoppgavene settes inn i faste rammer, beslutningsmyndighet fordeles, belønningssystemer utformes og arbeidsoppgaver ruteneres og standardiseres gjennom regler og standardprosedyrer.(ibid). Institusjonene skal sørge for hva som er rett å gjøre i en viss situasjon. Tolkningen blir avgjørende for valg av handling. I handlingene kommer også ideologi til uttrykk.

Forfatterne viser til eksempler fra USA hvor det den siste tiden har skjedd mye vekst og forandring.

Flere nye virksomheter har blitt opprettet, forent eller forflyttet og oppgavene/ansvarene, samt forhold mellom virksomhetene og deres kunder har endret seg.

Det hevdes at effektivitet av politiske systemer i stor grad avhengig av effektiviteten av administrative institusjoner. Danning og kontroll av byråkratiske strukturer er et sentralt problem av enhver politikk. Politikk bruker gjentakende og rutinerne prosedyrer, men i sjeldne tilfeller (f.eks. revolusjoner) blir den tvunget til å sette i gang ad hoc tiltak. Administrative forandringer er ikke en rutine i USA, men de skjer ofte nok for å kunne gi nyttig erfaring som man kan bruke senere for å løse lignende problemer. (ibid)

Åpenbar og omfattende planlegging av administrative strukturer er mulig og utrolig nødvendig. Dersom man forandrer på ting stykkevis, blir det lett kaos.

I følge March og Olsen (1989), gir forandringer i administrative strukturer liten økonomisk gevinst.

Forandringer i administrative strukturer burde ført til reduksjon av utgifter, økt effektivitet av regjeringens handlinger, og redusert antall virksomheter. Dette kan gjøres ved å forene de som har lignende funksjoner og avslutte virksomheter som ikke øker effektivitet.

March og Olsen (1989) hevder at konsekvensen av mangel på faste regler når noe skal endres er at det ikke blir noe av forandringsplanene. Årsakene er at for mange folk er involvert, det er alt for mange valgmuligheter, problemer og mulige løsninger.

Vellykket omorganisering kommer i følge forfatteren ikke an på hvor god omorganiseringsplanen er, eller hvor stor innsats man gjør. Det avgjørende er om prosessen får politisk oppmerksomhet. Det vises til at det er vanlig at organisatoriske forandringer kommer først, og at den formelle omorganisering skjer etterpå.

Store og konkrete omorganiseringsprosjekter vil ofte bli mislykket, men gjentakelse av like ideer og argumenter skaper endring over tid.

6.13 utfordringer knyttet til koordinering

I følge Jacobsen i Repstad (2004) fører arbeidsdelingen til to vanlige koordineringsproblemer som har fått betegnelse dobbeltarbeid eller gråsoner. Dobbeltarbeid betyr at flere gjør den samme oppgaven flere ganger. Gråsoner oppstår der ingen har ansvar for en oppgave, eller der ansvaret er uklart (ibid). I følge forfatteren skjer dette der arbeidsdelingen ikke er klar nok. Dette kan skyldes maktkamp der man sloss om attraktive oppgaver (prestisje), eller at arbeidsområdet er vanskelig å dele opp eksempelvis som ved behandling (ibid).

I tillegg medfører formalisering og spesialisert utdanning koordineringsproblemer.

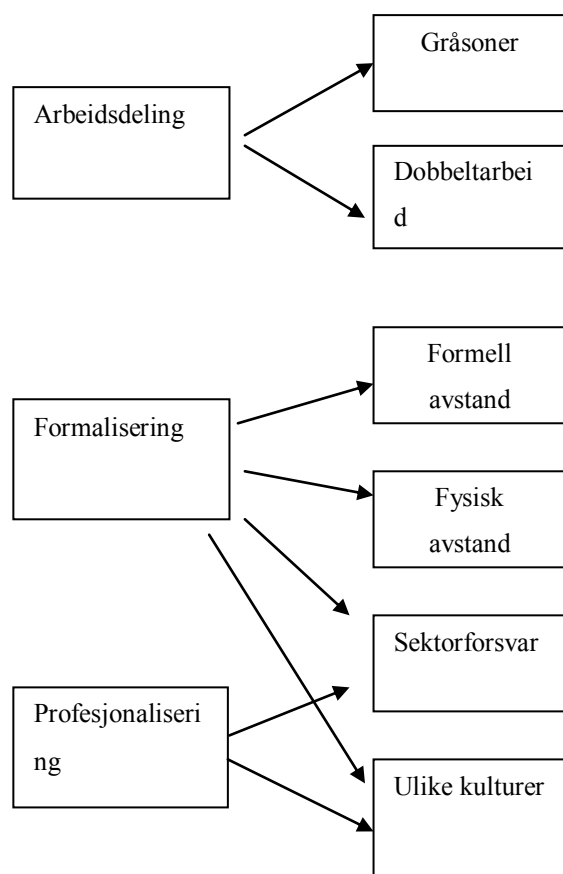
Formalisering fører til at deloppgaver samles i formelle enheter med sine ressurser og sine standarder for resultater og hvordan de måles. Jacobsen i Repstad (2004). Forfatteren viser til at all forskning er entydig på ett punkt. Når man samler deloppgaver innenfor formelle grupper og enheter, så prioriterer man koordinering internt i enheten på bekostningen av koordinering mellom enheter. Egeberg i Jacobsen (2004)

Ved formalisering av deloppgaver i formelle enheter får vi også en institusjonaliseringsprosess. March og Olsen i Repstad (2004). Sentralt i denne prosessen står det at man blir sektorforsvarer. Fokuseringen på en deloppgave over tid kan føre til at man mister evnen til å se helheten (ibid).

Parallelt med formell arbeidsdeling foregår det også ofte en fysisk arbeidsdeling. Grupper som hører sammen havner i samme bygning.

Spesialisert utdanning skaper også koordineringsproblemer Jacobsen i Repstad (2004) Det å bli god på ett felt, mens andre felt overføres til andre. Spesialisert utdanning fører til at man mister helheten ved å fordype seg i delene (ibid). En annen prosess er at den enkelte gis en spesiell teknologi, det vil si en kunnskap om hvordan ting henger sammen og hvordan de kan bearbeides. (ibid) Jo mer komplekst arbeidsdelingen blir, jo vanskelig blir det å finne felles aksepterte teknologier. En endring i teknologi betyr derfor at lang utdanning har vært feil, eller at man må lære å tro på noe nytt. Jacobsen i Repstad (2004). Det vil være rimelig at de fleste vil forsvare sin teknologi, og dette kan føre til koordineringsproblemer fordi man heller vil konkurrere enn å inngå i en prosess som kan føre til kompromiss. (ibid)

En annen utfordring av det å lære egen teknologi er at man lærer eget språk med egne begrep og sjargonger. I tillegg læres verdier og hva man kan forvente av andre. Teknologi, språk, verdier og normer understrekes videre av spesielle uniformer, egne ritualer, egne ressurser, og myter. Med et fellesbegrep kan vi si at spesialisert utdanning er med på å skape en spesiell utdanningsmessig kultur. Kultur dannes også i organisasjonen. March og Olsen i Repstad (2004). Det vises til en modell hvor årsakene til koordineringsproblemer fremkommer.



Jacobsen i Repstad (2004) definerer koordinering som at flere deler er vurdert opp mot hverandre og vurdert i en helhet, og at man tilpasser delene slik at helheten blir best mulig. Simon i Repstad (2004). En av delene kan reduseres og en annen økes. Koordinering betyr ofte at noen må gi seg mens andre vinner. (ibid)

I følge forfatteren er samarbeid et begrep som bør reserveres der hvor koordinering skjer som en følge av frivillig innsats. Det hevdes at samarbeid er et positivt ladet begrep, men tanke på enighet om fordeling.

Begrensninger på frivillig arbeid fører til at man ofte må innføre regler og rutiner, noe forfatteren kaller samordning. Samordning oppstår når den tredje part pålegger andre å

koordinere sine virksomheter. Vanskelighet med å skape frivillig samarbeid har ofte vært et hovedargument for at man behøver en organisert stat som kan pålegge andre å gjøre noe, ofte mot deres vilje. Repstad (2004) henviser til Taylor.

Når man skal forsøke å skape et samarbeid på tvers av etats og organisasjonsgrenser, må man i følge Jacobsen i Repstad (2004) prøve å påvirke både den frivillige og den tvungne koordineringen. Oversikt over koordineringsstrategier og deres siktemål:

	Arbeidsdeling	Formell og fysisk struktur	Spesialisert utdanning og kultur
Minske behov	Avklare grenser mellom enheter Privatisering	Opprette ny enhet	
Øke frivillig samarbeid	Øke avhengighet mellom enheter	Innføre belønningssystem som oppmuntrer til samarbeid	
Bygge ned barrierer for samarbeid		Kortere fysisk avstand mellom enheter Bygge ned legale grenser for informasjonsflyt Felles informasjonsbaser	Felles utdanning på tvers av enheter Personell utveksling mellom enheter Felles rekrutteringspolitikk
Samordne tvungen koordinering	Felles ressursavveining	Felles regler for flere enheter Tverrgående planer Møter prosjektgrupper og lignende Sammenslåing	

Ifølge Jacobsen i Repstad (2004) baserer samarbeid seg på at det finnes parter som ønsker å koordinere sine aktiviteter, og at man ser nytten av dette.

Jacobsen vektlegger også at mange ikke er klar over hvor avhengig de er av hverandre.

Hvis ikke konsekvensene av manglende koordinering er klare, kan man heller ikke forlange at personer skal inngå samarbeid. Manglende koordinering i dette tilfellet skyldes ikke ond vilje, men at selve arbeidsoppgaven er uklar. March og Olsen i Repstad (2005). Ved å øke bevissthet om hvordan ting henger sammen utvikles kunnskap om den enkeltes plass.

Belønningssystemer som oppmuntre til samarbeid.

Jacobsen i Repstad (2004) hevder at man i liten grad kan basere seg på frivillig samarbeid. I de fleste organisasjoner er det slik at belønning og straff (incentiver) er knyttet til om man gjør visse ting. Som regel er incentiver knyttet opp mot direkte tjenesteyting. Slike incentiver kan være lønn, kjeft, ros eller førsteside oppslag i avisen. Koordinering er en oppgave som ikke er direkte knyttet opp til tjenesteyting, og som det er vanskelig å måle. Dermed er det svært sjelden at organisasjoner innfører incentiver som har til hensikt å oppmuntre til mer koordinering Jacobsen i Repstad (2004) Ved å belønne koordinering eksempelvis ved deltakelse i tverrfaglige møter, kan man oppnå at oppmerksomheten rettes mot koordinering.

Dersom avhengighet mellom deler er et problem, er løsningen å minimere denne avhengigheten. Det kan gjøre ved å avklare enkeltorganisasjoners domene eller virkeområder.(ibid). Det hevdes at dette er en vanlig organisasjonsutviklingstrekk for å avklare ansvarslinjer mellom ulike avdelinger, og også mellom organisatoriske nivåer. Dette krever en detaljert oversikt over oppgaver og ansvar, ofte i form av en kontrakt.

I en slik arbeidsdeling oppstår lett gråsoner der det ligger oppgaver som ingen løser. Tiltaket kan være å opprette en ny enhet. Jacobsen i Repstad (2004)

Koordineringsutfordringene som nevnt overfor baserer seg ofte på offentlige tjenester basert på rasjonalisering og ikke på etterspørsel. I mange offentlige tjenester er tilbudet bestemt av det offentlige, produksjonen av goder foregår i det offentlige, og finansieringen skjer i offentlige budsjett. (ibid). I praksis betyr det at det offentlige må koordinere delprodukter for å skaffe et helhetlig tilbud.

Samhandling foregår mellom mennesker. Jacobsen i Repstad (2004) Individuer utmerker seg ved å være medlemmer av forskjellige kulturer. Det betyr at det ofte forekommer forskjellige verdier, normer, ulike teknologier og snakker ulike språk.

I tillegg vektlegges at all samhandling foregår innen for formelle og fysiske rammer. Man må forholde seg til regelverk, man representerer en organisasjon og samhandling foregår på visse fysiske steder.

Kulturer har ofte en tendens til å skape samhold innen kulturen, og skape avstand til andre kulturer. Dette kan derfor representere en uovervinnelig barriere for koordinering (ibid)
Når man rekrutterer organisasjonsmodeller får man også en kultur på kjøpet.

Felles kultur gjennom felles rekrutteringsprosess

Jacobsen i Repstad (2004), hevder at den sterkeste kulturen vi ser i norsk offentlig forvaltning er profesjonskultur. Ett tiltak for å bedre koordinering kan være å rekruttere personer som tidligere har arbeidet i organisasjoner en skal koordinere seg med. Mye tyder på at dersom man flytter fra en organisasjon til en annen, tar man med seg kjennskap fra den tidligere organisasjonen, og barrierene for samhandling syntes bedre. (ibid)

Et annet tiltak kan være at organisasjoner som skal samhandle kan dele på en stilling.

Jacobsen i Repstad (2004) hevder at personalflyt i offentlig sektor er forholdsvis beskjeden. De monolittiske karriereveiene forsterker sektortilhørigheten og vanskeliggjør et helhetssyn. Noen har hevdet at den sterkt spesialiserte karrieren er et spesifikt problem. I følge forfatteren vise empiriske undersøkelser at samhandling mellom organisasjoner øker jo større personalflyt man har mellom organisasjonene. Hospitering kan være et tiltak for å gi personer innblikk i hvordan andre organisasjoner fungerer.

I følge Mintzberg i Repstad (2004) kan en strategi for bedre koordinering være å opprette en egen utdanning. Denne må gå på tvers av tidligere utdanninger. Gjennom en slik utdanning kan man tilegne seg felles språk, felles teknologi, og muligens felles noen normer og verdier. Jacobsen i Repstad (2004)

Minske fysisk avstand

Det hevdes at innenfor organisasjonsteorien har man ofte hatt tendens til å overse fysiske avstander. Fysisk avstand er i følge Jacobsen i Repstad (2004) en av de viktigste dimensjonene når man snakker om koordinering. En fysisk plassering bestemmer ofte hvem man snakker med og dermed hvilke informasjon man får. En strategi for bedret koordinering kan være å flytte enheter nærmere hverandre. (ibid)

7.0 Forskningsdesign

Forskningsdesignet med valg av metode, datainnsamling og analyse skal bidra til at jeg klarer å innhente og sortere empiri til å svare på mitt forskningsspørsmål. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan mitt forskningsprosjekt er designet, og begrunne valg av metode for datainnsamling. Jeg vil videre redegjøre for hvordan jeg har gjennomført intervjuene, og hvordan jeg har behandlet og analysert dataene som har fremkommet. Videre vil jeg belyse begreper som validitet, reliabilitet, nærhet og distanse og etikk.

7.1 Valg av metode

Mitt forskningsspørsmål «hva hemmer og hva fremmer samhandling» egnet seg etter mitt syn til kvalitativ metode. Kvalitative undersøkelser gir nærhet til undersøkelsesenehetene, og har mulighet for åpenhet og fleksibilitet. Jeg ønsker i denne sammenheng å få frem enkeltindividers syn gjennom erfaring. Ved å gjøre «dypdykk» håpet jeg å fremskaffe ny informasjon, kunnskap og opplevelser gjennom ansatte med erfaring og nærhet til problemstillingen.

Det er flere måter å innhente data gjennom å foreta kvalitative undersøkelser. I fasen hvor jeg jobbet med å utarbeide og spisse problemstillingen kom jeg over en oppgave med fokusgruppe, noe jeg fant veldig interessant.

I en fokusgruppe foregår interaksjonen i stor grad mellom deltakerne. Fokusgrupper kan dermed forstås som en forskningsmetode hvor data produseres gjennom gruppeinteraksjon omkring et tema som forskeren har bestemt. Morgan i Halkier (2005)

En fokusgruppe er altså ikke det samme som gruppeintervju. Gruppeintervju involverer en høy grad av interaksjon mellom intervjuer og informanter på samme måte som individuelle intervjuer.

Prosessene i fokusgrupper foregår med utgangspunkt i forskerens tema og eventuelt andre konkrete input som bilder og medieklipp.

7.2 Fordeler og ulemper ved fokusintervju

Fokusgrupper er gode til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, interaksjoner og normer. De er mindre egnet til å få frem individers livsverden. Bloor i Haliker (2005)

Årsaken er at enkelte medlemmer i fokusgruppen får sagt mindre enn andre. En ulempe kan være at atypiske individuelle forståelser kan ha en tendens til å bli underrapportert. En sosial kontroll i en fokusgruppe kan hindre at alle forskjellige synspunkt fremkommer.

En fordel ved fokusgruppe er at det er den sosial interaksjonen som er kilden til data. Morgan I Halkier (2005). De ulike deltakernes ytringer av erfaringer og forståelser, vil kunne få frem en kompleksitet som er vanskelig å få frem i et individuelt intervju. Deltakerne kan stille hverandre spørsmål og kommentere ut fra en forforståelse. I fokusgruppe kan det oppstå form for konformitet og polarisering. I begge tilfeller kan det legge en demper på nyansene. Halkier (2005)

7.2 Fokusgruppe kombinert med andre metoder

I følge Halkier (2005) kan kombinasjon av flere metoder fungere som triangulering. Med det menes at ulike typer kan utgjøre en slags sjekk av hverandre. Jeg har beskrevet at fokusgruppe kan ha negative effekter som mangelfulle nyanser grunnet sosial påvirkning av andre deltakere.

Jeg valgte derfor å supplere funn fra fokusgruppe med kvalitative intervju. Fordelen ved en slik triangulering var at jeg etter at data fra fokusgruppen forelå kunne endre eller supplere intervju guiden. Jeg ønsket å stille åpne spørsmål ved å la informantene snakke fritt og reflektere over spørsmålene. Valget falt da på et semistrukturert intervju. Jeg valgte dette fordi jeg har en ide om hva jeg skal spørre om, men får anledning til å stille oppfølgingsspørsmål og gi den enkelte rom for refleksjon.

7.4 Valg av informanter til fokusgruppen

Utvalget til fokusgruppen ble viktig. Samhandlingsreformen trådte i kraft januar 2012, og har dermed kort levetid med tanke på erfaring hos deltakerne.

Anbefaling av størrelse på fokusgrupper varierer mye. I følge Halkier (2005) er størrelsen avhengig av tema. Jeg ønsket å få frem diskusjoner i gruppen, og valget falt derfor på en gruppe som ikke var alt for stor, men samtidig hadde variasjon i roller. Det jeg så på som viktig var at personene i fokusgruppen har samhandling og koordinering av tjenester i sitt daglige arbeid. Med dette som bakgrunn falt valget på følgende sammensetning:

- Koordinator fra kommunen som har ansvar for koordinering av tjenester til pasienter med sammensatte behov.
- Ansatt fra tildelingskontor. Har daglig samhandling med helseforetaket rundt innskrivning og utskrivning av pasienter. Har også ansvar for enkeltvedtak til ulike tilbud kommunen gir.
- Leder fra hjemmetjeneste. Fagansvar, budsjettansvar og økonomiansvar for brukere av hjemmetjenesten.
- Leder fra sykehjem. Fagansvar, personalansvar og økonomiansvar for korttid og langtidspasienter.
- Ansatt i tjenesteutvikling. Fokus på utvikling av tjenester innen helse og omsorg, fagsystemer, og elektronisk samhandling med spesialisthelsetjenesten.
- Sykehjemslege. Ansatt i 100 % stilling på sykehjemmet og har det overordnede medisinske ansvaret for pasientene på sykehjemmet.

7.5 Begrunnelse for valg av sammensetning:

Gruppen jeg valgte å sette sammen har alle stillinger som daglig blir berørt av samhandling med spesialisthelsetjenesten på ulike måter. Jeg valgte informanter fra egen kommune noe jeg så kunne medføre både fordeler og ulemper. Utfordringer knyttet til nærhet og distanse vil jeg beskrive senere under eget punkt.

7.6 Informanter til individuelle intervju

Som nevnt ønsket jeg å supplere data fra fokusgruppen med individuelle intervju. Jeg valgte 5 kommunalsjefer som tilhører samme helseforetak. Kommunalsjefene har et overordnet ansvar for helse og omsorgstjenestene i egen kommunen. De fem kommunene har ulik størrelse, og innbyggertallet varierer fra 13.000- 30.000.

Da jeg selv er kommunalsjef i samme region, hadde jeg kunnskap om at kommunalsjefene har hatt en sentral rolle under innføring av samhandlingsreformen. De har alle lang erfaringer, og har opplevd samhandling med helseforetaket både før, under og etter innføring av samhandlingsreformen. Kommunalsjefene har vært med i utarbeidelsen av lovpålagte avtaler med helseforetaket, og har faste møter med helseforetakas ledelse.

7.7 Gjennomføring av fokusgruppe

Deltakere til fokusgruppen valgte jeg å ta kontakt med på telefonen. Det var viktig for meg å sette deltakerne inn i problemstillingen min, og hva jeg ønsket med en fokusgruppe. Jeg var opptatt av å forklare at jeg ikke var opptatt av fasitsvar, men av den enkeltes opplevelse og erfaring. Det var også helt vesentlig at deltakere til fokusgruppen ønsket dette selv, men at det var viktig at når de takket ja prioriterte å sette av denne tiden.

Dato som passet alle ble satt av, og jeg valgte et møterom som lå tilgjengelig for alle.

Jeg satte av 1,5 time, og var opptatt av at alle skulle slå av telefonen og ikke være tilgjengelig for annet i dette tidspunktet.

For å skape en uformell og lett tone, serverte jeg enkel lunsj med te og kaffe. Jeg avklarte også at deltakerne synets det var bekvemt med diktafon.

Før fokusgruppen startet sin refleksjon, presenterte jeg på nytt problemstillingen. Jeg hadde på forhånd laget kategorier med stikkord fokusgruppen kunne reflektere rundt. Jeg formidlet at stikkordene ikke på noen måte var bindende, men heller tanker og ideer jeg så på som sentrale i forhold til forskningsspørsmålet. (se vedlegg)

Det eneste jeg ønsket å styre var tiden. Det var viktig for meg at medlemmene i fokusgruppen fikk si noe om de ulike kategoriene.

Jeg hadde ingen erfaring med fokusgruppe fra tidligere, og var spent på hvor mye jeg kunne «fjerne meg» fra diskusjonen som foregikk i gruppen. Etter en time kunne jeg konkludere med at det eneste jeg bidro med var styring av tid.

Som et supplement ble gruppen avslutningsvis presentert for to avisklipp som var aktuelle i forhold til forskningsspørsmålet. (se vedlegg)

7.8 Gjennomføring av dybde intervju

Jeg hadde på forhånd informert kommunalsjefene om avhandlingen min og forskningsspørsmålet jeg hadde valgt. Jeg opplevde at alle fant tema veldig interessant, og samtlige tilbød seg å være informanter.

Den største utfordringen skulle vise seg å være praktisk gjennomføring.

Kommunalsjefer har travle hverdager, og med tanke på tidspress og oversikt over fremdriften av oppgaven ønsket jeg å holde intervjuene over en til to uker. Prosessen ble litt forsinket, men jeg lyktes å avholde alle intervjuene i løpet av tre uker.

Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide med åpne spørsmål. Spørsmålene var delt inn i de samme fire kategoriene som fokusgruppen ble presentert for. Jeg ønsket å stille åpne spørsmål, og la informanten reflektere over tema jeg løftet. (se vedlegg)

Med tanke på å spare tid for den enkelte, tilby jeg meg å komme til deres kommune.

Intervjuene ble gjennomført på rolige kontorer. Også her benyttet jeg diktafon.

7.9 Validitet

Validitet handler om i hvilke grad min undersøkelse gjenspeiler et sant bilde av virkeligheten, og at den gir svar på min problemstilling.

Begrepsmessig gyldighet vil si at man måler det man sier man skal måle. Jacobsen (2005)

Forskningsspørsmålet mitt har tatt utgangspunkt i teori jeg har funnet relevant. Kategoriene jeg har valgt som utgangspunkt for mine forskningsspørsmål er i overensstemmelse med operasjonalisert teori. På denne måten mener jeg å ha oppnådd begrepsvaliditet.

De jeg har intervjuet har alle mye kunnskaper om reformen, lovverk, avtaler og begreper som ofte blir benyttet. Dette er med på å heve begrepsvaliditeten.

Når det gjelder ekstern validitet består min undersøkelse av få informanter og kvalitative intervju. Jeg har ikke hatt til hensikt å generalisere funnene, men et mindre utvalg kan ikke utelukke en overførbarhet av funn. Johannesen m.fl. (2006)

En større trussel for ekstern validitet vil være mangelfull teori eller empiriske beskrivelser.

Et eksternt validitetsproblem er at reformen kun har eksistert i 9 mnd. Informantene har alle vært opp tatt av kort «erfaringstid.» En av informantene hevdet:

«vi var jo skeptiske til reformen lenge før den begynte. Slik har det vært med alle reformene i helsesektoren. Det meste går seg til.»

Med dette som bakgrunn er det viktig å presisere at jeg måler synspunkter, meninger og erfaringer her og nå. Med stor sannsynlighet vil mye være endret når reformen har fungert i noen år.

7.10 Reliabilitet

Reliabilitet handler om dataenes troverdighet. Det kan være vanskelig å etterkomme med en kvalitativ analyse. Jeg som forsker der og da styrer samtalen og samler inn data.

Jeg kjenner selv fagfeltet godt, og er selv tett knyttet opp til problemstillingen.

Ved å benytte fokusgruppe mener jeg at jeg i mindre grad enn ved intervju styrte samtalen.

Informantene snakket fritt etter stikkord, og ble bare påminnet om tid til å skifte kategori.

Stikkordene vil likevel gi en viss form for påvirkning. Informantene får en ide om hva de skal snakke om.

Når det gjelder kvalitativt intervju ser jeg større utfordringer i å påvirke svarene. Med tanke på å ivareta reliabilitet på en best mulig måte lot jeg informantene reflektere rundt

spørsmålene. Jeg stoppet heller ikke refleksjonene om de «falt ut av kategorien de tilhørte».

Denne åpenheten ga meg en mer omfattende systematiseringsjobb av innsamlede data, men på den andre siden mener jeg at informantene i mindre grad ble påvirket.

Forskereffekter vil alltid være en risiko som man må se på med kritiske øyne. Min bakgrunn, forforståelse og oppfatning av samhandlingsreformen vil lett kunne påvirke undersøkelsen.

Dette gjelder både når jeg intervjuer, analyserer og tolker data.

7.11 Nærhet og distanse

Jeg valgte å holde fokusgruppe med informanter fra egen kommune. Min vurdering var at problemstillingen angikk en ekstern aktør, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesten.

Jeg anså forskningsspørsmålet som «ufarlig» med tanke på å få frem ærlige tanker. Hadde undersøkelsen handlet om samhandling innad i kommunen, ville jeg valgt en større avstand til informantene.

Fordeler ved nærhet ved å kjenne informantene mener jeg var stor. Jeg kunne plukke ut informanter jeg visste hadde mye kunnskap og var aktuelle med tanke på nærhet forskningsspørsmålene. En annen fordel var tid og tilgjengelighet blant annet ved å slippe reisevei.

Når det gjelder informantene til intervjuet, har jeg også en nærhet ved at jeg er representert i samme nettverk, og tilhører samme helseforetak. En ulempe ved denne nærheten kan være at vi «ser litt ting på samme måte». På den andre siden hadde jeg en klar fordel ved å plukke ut informanter jeg vet har mye erfaring, kunnskap og som er svært opptatt av problemstillingen.

Slik jeg ser det har jeg fått flere fordeler av å velge «kjente» informanter enn det en større distanse hadde gitt.

7.12 Etikk

Min problemstilling berører ikke enkeltpersoner, men organisasjoner eller grupper. På denne måten avdekker jeg ikke syndebukker, men ser heller på sentrale føringer som er bestemt gjennom samhandlingsreformen. Jeg presiserer tidlig i avhandlingen at data som blir presentert er fremkommet med kommunale briller. Mest sannsynlig hadde en undersøkelse fra spesialisthelsetjenesten sett veldig annerledes ut.

Mine deltakere i fokusgruppen kan lett la seg identifisere ved at jeg har beskrevet funksjon i kommunen. Når det gjelder kommunalsjefene er de også mulig å identifisere i det jeg har beskrevet at de er i samme nettverk hvor jeg selv har en tilsvarende stilling. Utover beskrevet funksjon vil det ikke fremkomme hvem som har sagt hva. Data fra fokusgruppen er sammenfattet med de individuelle intervjuene. Ingen av informantene har uttrykt etiske utfordringer med data de har bidratt med. De uttrykkere at tema og problemstillingen jeg har valgt er lite utfordrende med tanke på åpenhet.

7.13 Analyse og tolkning

Hensikten med analyse og tolkning er å se om empirien jeg har fremskaffet gjennom fokusgruppe og intervju kan bidra til ny kunnskap. Det er også spennende å se om teorien jeg har valgt til mitt forskningsspørsmål understøtter det jeg får frem i undersøkelsene.

Data fra fokusgruppe og fem intervjuer ga meg nye data. Jeg hadde under intervjuene valgt kategoriene makt/struktur, arbeidsdeling, kommunens autonomi, og kompetanse.

Etter en nøye gjennomgang av dataene, valgte jeg å beholde disse fire kategoriene.

Når jeg hadde skrevet ut alt, valgte jeg ulike fargekoder på svar avhengig av hvilke kategori de hørte hjemme i. Både fokusgruppen og intervjuene hadde data som var svært sammenblandet. Dette var et resultat av en fokusgruppe som snakket fritt, og individuelle intervjuer som reflekterte uavbrutt. Jeg mener likevel dette var en god måte å fremskaffe data på da informantene ga meg mye og relevant stoff ved å få snakke fritt om det de var opptatt av.

Det er en utfordring å presentere empiri etter kvalitative funn på en slik måte at det blir bra lesbart, vitenskapelig relevant og ryddig.

Jeg har valgt å presentere funn i en teoretisk kontekst hvor jeg diskuterer fortløpende under de ulike kategoriene. Direkte sitater vil bli markert med innrykk og kursiv. Det vil ikke i alle tilfeller bli skilt på hvilke empiri som kommer fra fokusgruppen, og hva som kommer fra de individuelle intervjuene.

8.0 Empiriske funn og drøfting

Jeg vil under dette kapittelet presentere aktuelle empiriske funn. Funnene vil bli drøftet under følgende *kategorier*: **kilder til makt, struktur og arbeidsdeling, kommunenes autonomi og kompetanse**. Kategoriene glir i mange sammenheng over i hverandre. Av den grunn kan samme tema bli brakt opp flere steder.

Under hver kategori vil jeg foreta en oppsummering av områder jeg finner mest interessant. I enkelte sammenheng vil påstander som blir presentert under hva som fremmer samhandling også komme igjen under hva som hemmer. Årsak til dette er måten informantene har formidlet seg på.

8.1 Kilder til makt

For å svare på min problemstilling har jeg i en av kategoriene fokusert på kilder til makt. God samhandling krever et tett samarbeid mellom helseforetak og kommune, og opplevelse av makt og likeverd er etter mitt syn avgjørende for hvordan aktørene opplever samhandling. Hernes i Bukve (1997) definerer makt som aktørers evne til å vise motstand, evnen til å påvirke utfall, og evnen til å realisere sine interesser.

Ordet makt kan ifølge informantene lett skape negative assosiasjoner. I stor grad gjelder det når begrepet benyttes i forholdet mellom helseforetak og kommune. Likeverd oppleves som et bedre begrep, noe som også er trukket frem i samhandlingsreformen.

«Når du sier likeverd tenker jeg på anerkjennelse av områder. Det at tjenester har samme verdi. Slik er det ikke, men vi får håpe det går seg til.»

Informanten mener at det aldri har vært likeverd mellom de to aktørene, og at dette handler om både kultur og tradisjon. Livreddende medisin vil alltid ha mer status enn allmennmedisin.

«sykehuset får makt ved å ta livene våre i sine hender. Kommunene tar det spesialisthelsetjenestene ikke er opptatt av eller interessert i.»

Fokusgruppen diskuterer ulike former for makt, og er mest fortrolig med begrepet legal makt. Begrepet knyttes opp mot oppgaver staten delegerer, slik det må være i en moderne stat. Når begrep som personlig makt eller autoritetsmakt blir diskutert, mener informantene det lett kan skape negative assosiasjoner. Begrepene knyttes til helseforetakas suverenitet, og en følelse av mangel på respekt for kommuneansatte. Autoritetsmakt kommer i følge informantene særlig til uttrykk når helseforetaket har definisjonsmakt på hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Kommunene er også avhengig av fellestjenester som røntgen og polikliniske undersøkelser. Weber (1973) definerer dette som legal autonomi.

Alle informantene mener autoriteten ligger hos spesialisthelsetjenesten. Det begrunnes med lov og avtaleverk, definisjonsmakt, spisskompetanse og økonomi som er tilpasset tjenesteomfanget. Selv om de regionale helseforetakene har ansvar for drift og investeringer i egen region, er de nær knyttet til stortingets bevilgninger og statlig eierskap.

«Når noe går galt i helseforetaket svarer en statsråd. Er det behov for endringer vedtas dette på høyt politisk nivå. I kommunene er det plikt til å utføre det regjeringen har bestemt. Går noe galt sendes klage til Fylkesmannen eller til helsetilsynet. Kommunen får beskjed om å rette dette opp.»

Autoritet oppfattes som en blant flere ressurser det konkurreres om for å oppnå høy grad av kontroll i forhold til omgivelsene. Knutsen i Repstad (2004).

Flere av informantene signaliserer maktutøvelse mellom spesialister i helseforetaket, og allmennleger i kommunehelsetjenesten. Det er en bred oppfatning om at spesialistene så langt har hatt og har mye makt.

«Spesialisert medisin har alltid hatt makt over oss generalister. Det ligger vel litt i kortene. Det gir autoritet.»

Status i legeyrke diskuteres, og alle mener allmenn medisin burde blitt mye mer respektert.

Kalseth og Paulsen (2008) viser til en kartlegging av formalisert samarbeid. Opplevelsen av asymmetri i relasjonen mellom partene fremstår som et grunnleggende problem. Den sterkt

spesialiserte medisinen har høyere status enn allmennmedisinen, noe som påvirker kommunikasjon og samhandling.

Informantene hevder at man lett kan få inntrykk av at moderne helseforetak til tider er mer opptatt av forskning og anerkjennelse enn av «ordinære» pasienter. Forskning gir autoritet, og helseforetak på sin side konkurrerer med andre land og andre helseforetak om å bli anerkjent på sine forskningsområder. Forskning har høy status både hos politikere og innbyggere. I fremtiden vil det være viktig med forskning også i kommunene. I følge en av informantene vil dette kunne bidra til økt status. Ramsdal og Qvortrup (1992)

Informantene er i utgangspunktet ikke motstandere av reformen, men heller måten den ble innført på. Flere mener kommunene påtvinges økte oppgaver i rekordfart, og at de i alt for liten grad har vært med i planleggingen. En av informantene hevder:

«Staten strammer inn sin makt når ting blir utfordrende for regjeringen. Da benyttes legal makt gjennom lovverk.»

Utsagnet begrunnes med statens manglende evne og vilje til å prioritere helsetjenester. Forskning og spesialisering har ført til uvante muligheter av hva som kan helbredes. Køen til helseforetakene øker av flere årsaker. Folk lever lenger, en rekke livsstilssykdommer øker, og alle ønsker behandling så fremt det er mulig. Regjeringen forsøker å løse det ved å vedta samhandlingsreformen. I følge flere av informantene handler det om brannslukning.

Den delen av reformen som skulle gi kommunene drahjelp, folkehelse, er ifølge informantene helt glemt med tanke på overføring av midler. Dette til tross for at det i stortingsmeldingen fremkommer at folkehelsebudsjettene skulle styrkes i form av frie inntekter til kommunene. Den enkelte innbygger gis heller ikke økt ansvar i nytt lovverk. Slik informanten ser det, bidrar heller nytt lovverk til større forventning til hva kommunen skal «sørge for.» Uten en bred satsning på forebyggende helse ser informantene for seg en avmaktssituasjon.

«Flere og flere behandles, flere blir eldre, teknologien gir nye muligheter og velferdsoppgavene vokser. Tilslutt må noen gjøre noe, og det blir kommunene. Vi blir pålagt å ta snuoperasjonen ved å la innbyggere ta ansvar for egen helse, jobbe med forebygging og klare oss med knappe ressurser.»

Funchs i Hansen (1979) beskriver dette fenomenets om det teknologiske imperativ ²

Flere av informantene er opptatt av at norske reformer alltid innføres raskt, og at en roligere innføring kunne spart både ansatte og pasienter for mange utfordringer. Det vises til Danmark hvor de innførte samhandlingsreformen mer trinnvis, og har evaluert og endret underveis blant annet når det gjelder økonomiske intensiver.³ Informantene mener også at de som er med på å beslutte store reformer i liten grad har kunnskap om kommunenes utfordringer, og i alt for liten grad innhenter opplysninger før tunge avveielser blir tatt.

«Det hadde vært fint om noen kunne spurt oss. Det handler ikke om kommunen ikke vil, men vi må få lov til å ruste oss. Når oppgaver blir tredd nedover hodet på oss på denne måten blir det mye unødvendig uro, og de som taper på det er pasientene.»

Informantene er opptatt av at om så viktige oppgaver skal overføres til kommunen, må alle sider være belyst. De sitter med en følelse av at når helseforetaket har ryddet i sine oppgaver, er det meste på plass. Kommunens store endringer og oppgaveomfang får i følge informantene alt for lite oppmerksomhet.

Ut fra et demokrat ideal blir det understreket at den vedtaket gjelder må ha anledning til å være med på vedtaket eller kunne innvirke der det blir tatt viktige avgjørelser. Baldersheim og Offerdal(1979)

Når nytt materiell som stortingsmeldinger, veiledere osv. blir utviklet, er gruppene ofte satt sammen av ansatte i departementer, helseforetak og helsedirektorat. Vel og merke representerer kommunenes sentralforbund kommunene, men i følge en av informantene er de ikke ute der hvor skoen trykker. Sammensetningen gir en følelse av dårlig maktbalanse.

«Det hadde vært mye nyttig kunnskap å hente ute i kommunene. Eksempelvis de som er ledere har mye kunnskap om smarte trekk som kunne gitt samfunnsgevinster. Slike store reformer blir får dårlig forankret i kommunene tiltross for at vi er en av hovedaktørene. «

² Hansen (1979) s 21

³ Samhandlingsreformen i Danmark 2007 http://www.spekter.no/modules/module_123/proxy.asp?C=698 & I=4770 & D=2 & tabmid=575 & mid=575a587

Flere av informantene er opptatt av at helseforetakene drives av staten, og i så måte blir mer hørt og sett. De mener samarbeidet med sykehus var mye bedre da Fylkeskommunen hadde ansvaret. Informantene opplevde bedre kommunikasjonsflyt og et større fokus på pasienter. Utsagnet harmonerer med Weber (1973) som hevder at evnen til å få gjennomslag for sine ideer er avhengig av den strategiske posisjonen i nettverket.

Informantene mener det er feil å legge all skyld på helseforetakene. De ser at også der er utfordringene store. Informantene mener like vel at de har en større mulighet til å si ut oppgaver på en annen måte enn det kommunene har anledning til. Når det er sagt ser informantene at det er knyttet store forventninger til spesialisthelsetjenesten. De har fått hard kritikk av media den siste tiden, og har måttet stå til ansvar for flere uheldige hendelser.

«Jeg tror vi må ta inn over oss at helseforetakene heller ikke har det enkelt om dagen. Knappe ressurser øker maktkampen mellom to aktører som burde stått samlet.»

Informantene har en opplevelse at helseforetaket styrer sin pasientstrøm etter budsjett, og i mange tilfeller ikke hvorvidt pasienten er utskrivningsklar eller ikke. Spesialistene på sin side benytter sin spesialiserte kompetanse til å uttale seg. I slike situasjoner opplever informantene at de har dårlig forhandlingsposisjon, og at om de argumenterer imot går det bare ut over pasienten. I følge Knutsen i Repstad (2004) må enheter som skal lykkes i samarbeid ha mulighet gjennom forhandlinger og kompromisser å arbeide seg frem til gode samhandlingsprosesser. Skal det lykkes mener forfatteren at det må forekomme et minstemål av makt og ressurser hos hver av partene. Det hevdes at mangel på gjensidighet vil bli den enes dominans. Utsagn fra informantene tyder på at nettopp dette er tilfelle.

Utfordringen forsterkes av at helseforetaket er i en monopol situasjon. Weber (1973)

«Vi kan ikke shoppe tjenester fra hvem vi vil, men er avhengig av helseforetakets behandling av våre innbyggere. Kommunene må da endre seg etter helseforetakets pasientstrøm. Økt behandling gir flere kommunale oppgaver.»

Informanten viser til at når kommunene tar raskere ut pasienter fra helseforetak blir helseforetaket i stand til å behandle flere pasienter. Ofte handler dette om kompliserte diagnoser som krever mye oppfølging etter utskrivning. Kommunen kan ikke si nei til lovpålagte tjenester, og må skaffe ressurser til det som kommer.

«Staten sitter på helseforetakene, og alt er styrt av penger. Sykehusene sluser inn, og vi svømmer over i oppgaver når de skriver ut. Det som skjer i kommunene er dårlig økonomi, og at de må skjære ned på tjenester de tidligere har utført.»

En foreløpig registrering i noen av kommunene som er med i undersøkelsen, viser at antallet på de som trenger oppfølging etter utskrivning har doblet seg fra 2011 til 2012. Halvparten er under 67 år. Kommunene får rammetilskudd basert på historiske tall.

Lundquist (2008) hevder at dersom man fokuserer på økonomiverden alene må man se bort fra demokratiet.

Bukve (1997) trekker frem fire hoveddimensjoner med tanke på hvor avhengig en organisasjon er av omgivelsene. Forfatteren hevder at organisasjonen blir ekstremt avhengig når ressursene er knappe og omgivelsene samlet i en organisasjon. Da må omgivelsene tilpasse seg istedenfor å kontrollere omgivelsene.

Samtlige informanter hevder at kommunene er mer avhengig av helseforetaket enn helseforetaket er avhengig av kommunene, og det føles som om kommunene som tilpasser seg mest. Avhengigheten forklares med sykehusets monopolsituasjon. Weber (1973) Et annet element som blir bragt opp er forholdet til den du behandler. Vanligvis ligger pasienten i helseforetaket kun noen få dager. Kommuneansatte kjenner pasienter og brukere over tid og får et helt annet nærhetsforhold.

En av informant er opptatt av hvor lovlydige kommunene er når det gjelder statlige føringer, og at det er en del av årsaken til at ting fungerer så bra som det gjør.

«Jeg tror staten er vant til at kommunene lyster. Det har vi sett gjennom flere reformer. Når de sier hopp så hopper vi.»

Fokusgruppen er også opptatt av hva som skjer dersom kommunene ikke klarer sine oppgaver.

«Vi blir straffet med 4000 kr i overliggedøgn, eller tilsynsrapporter med beskjed om å rette opp feil innen en viss tid. Belønning derimot er det verre med. Det må vi nok sørge for selv.»

Flere av informantene mener at straff ikke løser koordinering og samarbeid. Det etterlyses heller belønning når kommunene klarer å ta over en del pasienter selv. I forarbeidet til reformen var det nevnt at det skulle lønne seg for kommunene å ta imot pasienter, og det skulle også lønne seg å satse på folkehelse. Informantene kan ikke se at dette har skjedd. I dag medfinansieres medisinske pasienter med 20 % av kostnadene i helseforetaket. Dersom kommunene selv tar denne gruppen pasienter i fremtiden vil de spare 20 %, men ikke få summen pasienten koster på helseforetaket. Når de fleste kommunene har betalt for medfinansiering og utskrivningsklare pasienter er det ingen midler tilbake. Tvert imot går flere kommuner i minus.

Når man forsøker å skape samarbeid på tvers av etat og organisasjonsgrenser, må man i følge Jacobsen i Repstad (2004) prøve å påvirke både den tvungne og den frivillige koordineringen. I en tabell jeg har fremstilt viser forfatteren til at det å innføre belønningssystemer som oppmuntrer til samarbeid vil lønne seg.

En av informantene mener at kommunene er stolte, og ønsker å mestre oppgaver de pålegges. Ingen vil ha ord på seg for ikke å klare oppgaver de sentrale myndigheter pålegger kommunene. Noe går på respekt for folkevalgte og innbyggere, men det kan virke som det som driver mest er følelsen av og ikke være dårligere enn andre kommuner. I følge informantene «konkurrerer kommuner seg imellom, og dette påvirker kommunenes stå på vilje, noe staten vinner på. Dette samsvarer med Weber (1973) som hevder at vanligvis må den som adlyder ha en viss interesse av å adlyde. Han definerer dette som lydighetens uunnværlige drivkraft. Slik jeg tolker informantene handler denne drivkraften om konkurranse med andre kommuner ved å vise at vi kan.

Hva mener informantene fremmer samhandling? (kilder til makt)

- Medvirkning i prosesser og planarbeid.
- Mulighetene til forhandling og kompromiss. I den forbindelse det må forekomme et minstemål av makt og ressurser.
- Konkurranse og mestringsfølelse. Kommunene har i følge informantene et innebygget konkurranse instinkt. De vil ikke være dårligere enn andre i klassen. Konkurranse instinktet fører til en stå på vilje.
- Kommune og helsetjeneste burde stå mer samlet. Støtte hverandre i vanskelige saker.

- Evnen til å se at vi trenger hverandre. Aktørene må da kjenne hverandres tjenester.
- Belønningssystemer som oppmuntret til samarbeid.

Hva mener informantene hemmer samhandling (kilder til makt)

- Informantene opplever en ubalanse når det gjelder makt og likeverd.
- Reformen har blitt innført raskt, uten at kommunene har hatt anledning til å ruste seg for nye oppgaver.
- Informantene mener også at staten i større grad må ha kunnskap om kommunene.
- Informantene opplever liten støtte fra staten i det som defineres som en retningsreform. Det pekes på satsningsområder som folkehelse og innbyggers ansvar for egen helse.
- Skal samhandling lykkes mener informantene at det må skje en gjensidig tilpasning. Informantene opplever at kommuner er flinke til å tilpasse seg, men helseforetaket viser ikke den samme tilpasningsviljen.
- Informantene mener at straff ikke fremmer samhandling. Det vises til betalingsbot for utskrivningsklare pasienter.
- Den samme følelsen har informantene av annerkjennelse. Det oppleves som kommunale tjenester er mindre verdt enn det som utføres i spesialisthelsetjeneste.
- Informantene opplever at definisjonsmakt av utskrivningsklare pasienter ligger hos spesialisthelsetjenesten.
- Informantene etterlyser en større mulighet til å diskutere og forhandle de vanskelige sakene.
- Spesialisering kan også benyttes som en makt faktor. Spesialister benytter sin autoritet i den som kan mest om faget.
- Makt ligger i kultur og tradisjon forskjeller. Det hevdes at helseforetak alltid har hatt autoritet ved å bedrive livreddende tjenester. Kommunen på sin side har drevet med omsorgsmedisin, noe som ikke har hatt like mye fokus.
- Knappe ressurser øker faren for dårlig samhandling. I knappe tider blir alle seg selv nok.

8.2 Struktur og arbeidsdeling

Målet med samhandlingsformen er å sikre god kvalitet og ressursutnytting, noe som vil kreve utvidet samhandling mellom de to aktørene. Jeg har tidligere benyttet definisjonen samhandling fra stortingsmelding 47 (2008- 2009)» evnen til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»

Med tanke på organisering er det i lov om helseforetak (2001) pekt på at en viktig forutsetning er å finne en balanse mellom lokal frihet i det enkelte foretak, og en nødvendig overordnet styring. Helseforetaksloven har noen begrensninger i foretakets beslutningskompetanse. § 30 fastsetter at det er foretaksmøte i regionalt foretak, altså statsråden som treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsninger av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder saker som antas å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investering i egen region. Virksomhetene skal drive innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger i foretaksmøte, og vilkår knyttet til stortingets bevilgninger.

Informantenes opplevelses er at staten i stor grad styrer helseforetakene når det gjelder saker av en viss betydning, noe som bekreftes i loven. Det regionale helseforetaket har likevel delegerte myndighet i drift og inventeringer. Informantene mener det er store forskjeller i ulike helseforetak på en rekke områder. Forskjellene kan i følge en av informantene gå på kommunikasjon, forhandlingsmuligheter og synet på gråsoner.

«Vi har eksempler på at helseforetaket tar brå avgjørelser som påvirker oss. I et tilfelle leste vi i avisen at en av avdelingene skulle flyttes, og en del av tilbudet man anså som spesialisthelsetjeneste legges ned. Det er et godt eksempel på fokus på eget budsjett og ikke på pasientforløp.»

Med tanke på samhandling mener fokusgruppen at størrelsen på helseforetak i dag er en utfordring. I gamle lokalsykehus snakket avdelingene sammen på en annen måte. Det var ikke så stort, og de ansatte kjente hverandre. Dersom en pasient var innlagt for en diagnose og noe annet ble oppdaget, ble dette utredet mens pasienten var sykehusinnlagt. Spesialistene

benyttet hverandre på en bedre måte. Mindre forhold gjorde det mulig å orientere seg i landskapet, og tjenesten fremsto som mer helhetlig.

Flere av informantene beskriver helseforetaket vi har idag som flere sykehus i sykehuset. Det fremstår som adskilte enheter, og med høy grad av svært ulike oppgaver delt opp gjennom spesialisering.

Spesialisering er bra med tanke på kvaliteten på det spesialisten kan utføre. Som en av informantene hevder:

«Hvem av oss hadde ikke valgt en spesialist om vi hadde mulighet?»

På den andre siden er det lett å miste det helhetlige blikket.

«Vi snakker om mennesker og ikke om biler eller elektriske artikler. Faren er at alle blir det jeg definerer som autensitetens etikk. Vi dypdykker i det vi har kompetanse på og mister det helhetlige synet.»

Spesialister i helseforetaket kan levere det de kan mer av enn andre om på akkurat et gitt område. Et stort helseforetak har svært mange deler, og det gir i seg selv en utfordring med tanke på intern koordinering. Etter samhandlingsreformen skal helseforetaket i tillegg koordinere og dele opp pasientløpet med kommunen.

Jacobsen i Repstad (2004) hevder at dersom man ikke klarer å koordinere enheten vil man sitte igjen med et unyttig produkt. Gjennom spesialisering blir man mer effektiv i det man gjør. Utfordringen med dette er i følge forfatteren at noen utenfra ikke ønsker denne oppsplittingen. De ønsker gode helse og omsorgstjenester.

En av informantene bekrefter opplevde koordineringsutfordringer:

«Det er store forskjeller innad i helseforetaket som gjør samhandling komplisert. Skulle ikke tro de forholdt seg til samme regler.»

Det blir feil å snakke om unyttig produkt når vi snakker om behandling av mennesker, men Informantene ser utfordringer knyttet til oppsplitting. En pasient som blir innlagt for en diagnose i dag blir behandlet og utskrevet. Dersom pasienten trenger behandling for noe annet, må det søkes på nytt, og samme prosedyre gjentar seg. Eldre mennesker har ofte flere diagnoser samtidig. I slike tilfeller blir pasientene belastet med polikliniske undersøkelser,

reiser, og inn og utskrivning gjentatte ganger. Det hevdes at noe av dette kunne vært løst ved å ha en forsterket arm i helseforetaket som kunne sjekke eldre pasienter både før innleggelse og etter innleggelse.

«noen av kommunene har sammen med helseforetaket opprettet en forsterket korttidsavdeling. Det har vært et spleiselag som har fungert bra.»

Organisasjonsteorien beskriver at man ofte har hatt en tendens til å overse fysiske avstander. I følge Jacobsen i Repstad er fysiske avstander en av de viktigste dimensjonene når man snakker om koordinering. En strategi for å bedre koordineringen er altså å flytte enheter nærmere hverandre.

Flere mener også at et godt kommunalt eller interkommunalt tilbud kan gi noen fordeler. Det kommunene skal ha ansvar for fra 2016 øyeblikkelig hjelp døgn⁴, kan også sees i sammenheng med behandling før, istedenfor, etter. Pasienter som beskrevet overfor kan da slippe å bli innlagt i forkant. Noe kan behandles i kommunen. Sykdomstilstander som kols med forverring, diagnostisert hjerte og kar, kreft med forverring eller ukjente magesmerter har vært nevnt som noe av det kommunen kan behandle. Etter det vil pasienten kunne få behandling i etterkant, eksempelvis ved et rehabiliteringsopphold. På denne måten kan pasientforløpet bli mer helhetlig for noen grupper, særlig eldre.

Informantene viser her til at det er kommunen som selv bygger opp et helhetlig tilbud.

Slik informantene ser det må også helseforetaket ha utfordringer knyttet til utskrivning til kommunen. Kommuner er veldig forskjellige i størrelse og organisering, og har rustet seg i ulik grad i forbindelse med samhandlingsreformen. Noen er allerede rustet til å ta imot øyeblikkelig hjelp døgn. Andre greier ikke ta imot utskrivningsklare pasienter som er pålegg fra januar 2012. Informantene mener noe handler om dårlig økonomi, og noe handler om strategisk planlegging. Faktorer som satsing på riktige omsorgsnivå, og politiske prioriteringer vil være avgjørende.

Flere kommuner har bygget opp nye virksomheter eller ansatt personer for å tilpasse seg samhandlingsreformen. Innsatsteam og vedtaksteam er eksempler på dette. Informantene ser

⁴ Øyeblikkelig hjelp døgn blir et kommunalt ansvar fra 2016. Pasienter i denne kategorien vil kreve høy kompetanse som legedekning hele døgnet. Av den grunn velger mange kommuner å tenke interkommunalt samarbeid.

at det kommer til å bli en større forskjellsbehandling på pasienter enn tidligere. Før fikk mange samme tilbud i helseforetaket. Nå skal de samme pasientene behandles i ulike kommuner, og tjenestene blir da av ulik kvalitet.

«Noen kommuner har jo vedtaksteam, andre ikke. Noen har gode tilbud innen kreftomsorg, andre har ikke startet der enda. Det blir nok veldig store forskjeller på tilbudene her etter.»

I begynnelsen mener informantene helseforetaket tok hensyn til kommunenes svakheter ved ikke å ha tjenester og kompetanse på plass. Med økt behandling i helseforetaket mener informantene sykehuset skriver ut når de mener pasienten er utskrivningsklar. Kommunen kan betale 4000 pr døgn etter utskrivning, og i noen tilfeller må kommunene benytte seg av det. I følge en av informantene går pasientsikkerhet foran alt annet.

«Kan vi ikke tilby pasienten en forsvarlig tjeneste betaler vi heller mult. Det blir dyrt, men pasientsikkerheten er viktigst.»

Kommunene har også blitt mer opptatt av økonomi. Dette kommer til uttrykk ved økt grad av resultatmål og sammenlikningstall med andre kommuner. I følge en av informantene blir kommunene mer markedsorientert når budsjettene ikke holder.

«Kommunene måler mer og mer slik som resultatmål og KOSTRA tall. Vi sammenlikner oss med andre kommuner, og vil ikke være dårligst i klassen. »

Lundquist (2008) viser til at i det offentlige må både demokratiske verdier og økonomiverdier stå samlet, og at dette må overvåkes av alle som jobber i tjenesten.

Informantene ser på det som svært positivt at helseforetaket har opprettet en samhandlingsavdeling. De ansatte jobber for det meste ut mot kommunene. Det presiseres at de likevel snakker helseforetakets sak. Samhandlingsavdelingen kaller inn til møter og tar initiativ til prosjekter og annet samarbeid. I tråd med overordnet samarbeidsavtale (2012) skal ulike nivå fra kommune og helseforetak møtes flere ganger i året. Samhandlingsavdelingen tar initiativ til innkalling med sakliste. Hospitering har også kommet i gang, noe informantene mener fremmer samhandling.

«Helseforetaket har tatt initiativ til hospiteringsavtale. Det er veldig bra. Det som hadde vært enda bedre hadde vært om ansatte fra helseforetaket kunne hospitere i kommunen.»

Informantene tror gjensidig hospitering hadde vært veldig positivt. Det å bli kjent å se hverandres utfordringer ville ført til bedret samhandling. Det hevdes at det aldri har vært noe kultur på hospitering i kommunene. Informantene forklarer det med manglende interesse, og at ansatte i helseforetaket mener de kan mer enn kommuneansatte.

Jacobsen i Repstad (2004) vektlegger at mange ikke er klar over hvor avhengig de er av hverandre. Hvis ikke konsekvensen av manglende koordinering er klar kan man i følge forfatteren heller ikke forlange at personer skal inngå samarbeid. Det vises til at dette ikke skyldes ond vilje, men at arbeidsoppgaven er uklar. I følge March Olsen i Repstad (2005) at ved å øke bevissthet om hvordan ting henger sammen utvikles kunnskap om den enkeltes plass.

God samhandling krever avklarte arbeidsoppgaver. Det er en utfordring å konkretisere oppgavene på en god nok måte. Fokusgruppen og flere av informantene mener selve målet med samhandlingsreformen helhetlig pasientforløp, ofte kommer i skyggen av «ditt og mitt, vi og dere». De har også sett at for høy effektivitet lett kan føre til svingdørspasienter. Med dette menes at pasientene blir sendt frem og tilbake mellom helseforetak og hjemkommunen.

«Når målet blir å få ut pasienten raskest mulig, og kommunens mål er å ikke få bot på 4000, kan vi lett havne i et dilemma. Pasientene blir svingdørspasienter. Dette er kostbart, lite effektivt, og aller mest belastende for pasientene det gjelder.»

Påstanden harmonerer med Knutsen i Repstad (2004), som hevder at krav til økt inntjening, økt fristilling og barskere resultatkrav vil føre til at hver virksomhet i større grad blir seg selv nok. Seashore og Yuchtman i Repstad (2004) har vist til at krav om ressurstilgang, beskyttelse av interesse sfærer, kamp om nye oppgaver eller kamp om oppgavefinansiering, raskt utvikler seg til å bli sentrale målsettinger.

Det vises til lovpålagte avtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Avtalene skal bidra til å sikre likeverd mellom avtalepartene og en mer enhetlig praksis både på regionalt og

nasjonalt nivå. Departementet mener at avtalene vil være et sentralt verktøy for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp og tjenestetilbud. Oppgaver og ansvars plassering må da konkretiseres, og det må etableres gode rutiner på sentrale områder.

En av informantene har vært helt sentral i arbeidet med å utvikle avtaler. Hun hevder at det har vært en lang prosess, men at mange møter og prosesser har bidratt til innholdsmessig god kvalitet. Kommunene har fått viktige elementer på plass, og det har gitt opplevelsen av god samhandling.

«Det har vært en stor jobb hvor det har blitt satt ned deltakere fra kommunene og helseforetaket. I starten jobbet kommunene mer hver for seg, men etter hvert så opptakskommunene at det å stå samlet ble en styrke for kommunene. Det ble mer balanse og likeverd. Det at vi har hatt så mange møter har ført til at vi har blitt kjent med hverandre, noe som har vært svært positivt. Det at vi kjenner hverandres styrker og svakheter gir en helt annen samhandling og forståelse.»

Utsagnet kan forklares på to måter. Den ene forklaringen er at kommunene styrker seg ved å foreta horisontale bindinger. Flere aktører blir motpart til helseforetaket, og deltakerne opplever bedre balanse. Den andre forklaringen mener informanten handler om det å jobbe sammen over tid. Deltakerne blir kjent og snakker sammen. Likeverd kommer til uttrykk.

Informantene er videre opptatt av at avtalene ikke må bli en hvilepute. Det presiseres at flere ting må ytterligere konkretiseres, og avtalene må gjøres kjent for alle ansatte.

«Jeg har vært i kontakt med ulike ansatte på sykehuset. Når jeg presiserer innhold i avtalen er det tydelig at de som har med utskrivning å gjøre ikke kjenner innholdet. Når det er sagt får vi vel først rydde i eget hus. Det er en kunst å få alle ansatte som samhandler til å kjenne alle avtalene. Det er mye å sette seg inn i.»

Informantene har flere ganger opplevd at ansatte på helseforetaket ikke har kjent til avtalene som er inngått. Det har medført unødvendige diskusjoner og en dårlig tone mellom aktørene. Pasientforløp er i følge informantene en avtale alle burde kjenne. Avtalen beskriver i detaljer samhandling knyttet til rutiner rundt inn og utskrivning, og en rekke andre områder som er viktig med tanke på samhandling.

Fokusgruppen mener det kan være ulike årsaker til manglende kunnskap. En årsak er manglende informasjon fra leder. En annen kan være manglende interesse. Det blir ikke sett

på som viktig nok. De samme informantene ser også at kommuner sliter med mangelfull informasjon. Mangel på tid og større oppsplitting av enheter gis som forklaring.

Et annet dilemma som blir bragt opp er hvordan man leser en pasients behov. I følge en av informantene er «kommunale briller» noe helt annet enn spesialisthelsetjenestebriller. På sykehuset kan en pasient være alt for frisk til å være innlagt. I kommunen kan den samme pasienten være alt for dårlig til å være i kommunen.

«Dette er helt naturlig. Jobber du i kommunen så vet du hvilke kompetanse du har for å ta deg av pasienten. Jobber du i sykehuset ser du med helt andre briller på når pasienten ikke lenger trenger å være i behandling. Tror dette også handler om trygghet. «

Informantene hevder at det er det lett å se ting fra sin verden. Flere av informantene har jobbet både i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. De mener alle at kulturen og tilhørighet er veldig forskjellig. Sykepleiere i kommunen har ofte ansvar for mange pasienter. Sykepleiere i helseforetak henter leger om de er usikre på noe. En annen side er at i kommunen kjenner du pasienten over tid. I sykehuset ser du den «delen av mennesket som er til behandling». Motsetningene vil kreve god kommunikasjon dersom det helhetlige pasientforløpet skal bli ivaretatt.

Fokusgruppen er opptatt av hva som styrker eierforholdet til helhetlig pasientforløp, og hva som er den største trusselen.

Smale budsjetter kombinert med nye krav og resultatmål har ført til et fokus på egen virksomhet og egne interesser, noe som truer helheten. Informantene mener helseforetaket har mest fokus på, forskning, og spesialisering. De ønsker også å få pasientene raskets mulig ut.

«Samhandlingsreformen har en kultur kollisjon. På den ene siden snakkes det om helhetlig pasientforløp. På den andre siden blir det flere og flere spesialister. Kan ikke bli helhet av det.»

Når man samler deloppgavene innenfor formelle enheter så prioriteres man koordineringen internt i enheten på bekostning av koordinering mellom entiteter. Egeberg i Jacobsen (2004). Sentralt i denne prosessen står det at man blir sektorforsvarer, noe informantene opplever.

Informantene ser at koordineringsutfordringen ytterligere kan forverre seg dersom kommunene går i retning av økt spesialisering. Før samhandlingsreformen trådte i kraft har kommunen i liten grad vært spesialisert. Økt spesialisering på grunn av spesialisthelsetjenesteoppgaver overført til kommunen, vil medføre enda flere personer rundt hver enkelt bruker.

I følge Bukve (1997) er en velkjent situasjonsfaktor at organisasjonen svarer på økt kompleksitet i omgivelsene med økt differensiering gjennom nye områder. Ulempen ved dette er i følge forfatteren at økt arbeidsdeling gir økt samordningsproblem.

«Vi har et helsevesen som gir et utall av behandlingsmuligheter. Det jeg lurer på hvem som skal se det hele mennesket. Utvikler også kommunen seg til en større grad av spesialisering kan dette komme til å bli en stor utfordring. Jeg opplever at ting handler om penger og ikke pasient. I samhandlingsreformen står det mye fint, men i det virkelige liv er det budsjettene som styrer.»

En annen uttaler:

«På den enes siden ønsker brukere spesialisert kompetanse. På den andre siden ønsker de å forholde seg til færrest mulig ansatte. Disse to behovene snakker ikke sammen.»

Brukerstyrt personlig assistanse er eksempel på en tjeneste brukere ønsker med tanke på en person å forholde seg til. Ofte krever deler av denne tjenesten kompetanse ikke den brukerstyrte assistenten innehar, og dette kan lett føre til dilemma.⁵ Ønsket om færre personer å forholde seg til bekreftes av Jacobsen i Repstad (2004) Mange utenfra vektlegger god helse, god omsorg og helhetlige tjenester.

Koordinering har som mål å effektivisere strømmen av transaksjoner. Mandat perspektivet forutsetter at overordnet instans gir ordre om samhandling på lavere nivå. Knutsen i Repstad (2004). I samhandlingsreformen har staten gitt ordre om samhandling på en rekke områder. Samhandlingen kommer til uttrykk i lovpålagte avtaler.

⁵ Viser til drøftingsnotat 2010 «Brukerstyrt personlig assistanse» Her beskrev jeg dilemmaet ønske om få personer på en side, og behov for kompetanse på en annen.

Informantene er opptatt av begrepsbruk, og at det er sammenheng mellom det som uttrykkes og det som skjer i praksis.

«Samarbeid er noe annet en samhandling. I samarbeid så jobber vi sammen for og nå et mål. Likeverdet kommer her mer til uttrykk. Samhandling mener jeg er å handle sammen fordi noen har bedt oss om det. Tvungen koordinering gir lett målforskyvning.»

Det meste av samhandling blir sett på som tvungen koordinering

Informantene skjønner at en så stor reform må styres ovenfra, og det at lovverk tydeliggjør arbeidsdelingen ser de på som bra. Det informantene opplever at mangler, er en større mulighet til å samhandle på frivillig basis.

«Til og med møter vi skal ha er beskrevet i overordnet samarbeidsavtale. Det er presisert hva som er et minimum av møter skal forekomme i de ulike nivåene. På den måten får man følelsen av at dette gjøres fordi det er en plikt, ikke fordi det er hensiktsmessig.»

Flere av informantene mener et frivillig samarbeid kunne gitt god effekt. Det at partene hadde tatt kontakt etter behov, fått lov til å være kreative, og sett individuelle forskjeller kunne fremmet samhandling.

Fokusgruppen mener opplevelsen av tvang medfører en negativ holdning som tildels kunne vært unngått.

En bedre samhandling rundt gråsoner arbeidet blir tatt opp av flere.

Det vises til eksempel fra Alta hvor kommune og helseforetak har jobbet frivillig med samarbeid før samhandlingsreformen trådte i kraft.⁶

«Alta helsehus er et eksempel på hvordan kommune og spesialisthelsetjeneste har jobbet sammen til det beste for pasienten. Et eksempel derfra er at istedenfor at pasienten drar til spesialisthelsetjenesten kommer spesialisthelsetjenesten til pasientene. Det blir billigere, mer effektivt og pasienten får tilbudet i sitt nærmiljø.»

⁶ Spesialistpoliklinikken i Alta har 13 spesialiteter, blant annet innen kirurgi, lysbehandling, røntgen og indremedisin. Helsesenteret tilbyr også føde- og barselavdeling, psykiater, fysioterapi, tannhelsetjeneste, dialyse og cellegift. Et døgn på helsesenteret koster ca. 2700 kroner, mens et sykehusdøgn koster 4000-6000 kroner.

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2723908.ece> 11-10-12

Den samme informanten viser til at dette gir generaliserte effekter med tanke på arbeidsdeling, effektivitet og kvalitet. De to aktørene blir kjent med hverandre og deler på oppgaver. Pasientene på sin side merker lite til hvem som kommer fra kommune og hvem som kommer fra helseforetak.

Fysiske avstander er i følge Jacobsen i Repstad (2004) en av de viktigste dimensjonene når man snakker om koordinering. En fysisk plassering bestemmer ofte hvem man snakker med og hvilke informasjon man får. En strategi for bedret koordinering kan være å flytte enheter nærmere hverandre. (ibid)

En av informantene mener at kommunene som ligger nærmest helseforetaket har bedre dialog. Blant annet blir de ofte benyttet til pilotprosjekter, det er lettere å hospitere, besøke pasienter de skal ha hjem til kommunen, og det er lettere å prioritere møter. Noen av informantene føler at det går med en hela arbeidsdag til et møte med årsak i avstand med stortrafikk.

Samhandlingsreformen ble innført 01.01.12, så utsagn og ytringer fra informantene baserer seg på 9 måneders erfaringstid. I følge fokusgruppen og flere av informantene har den første tiden vært preget av det formelle arbeidet. Informanten har et ønske om en mer uformell samhandling på sikt, men har lite tro på at slikt kommer til å skje. Årsaken er at hjulene går raskere og raskere, og knappe ressurser både når det gjelder økonomi og kompetanse er ikke fremmede. Raskere utskrivning fra helseforetaket medfører at flere pasienter behandles. Foreløpige tall fra kommunene tyder på at tallet på utskrivningsklare pasienter som trenger oppfølging av kommunen etter utskrivning har doblet seg. Tallene viser også at halvparten av disse er under 67 år. Kommunene får tilskudd basert på historiske tall, og andre rammetilskudd ligger i eldrefremskrivning.

En av informantene uttaler:

«Jeg har aldri likt begrepet penger følger bruker, men i dette tilfellet tror jeg faktisk det hadde gjort ting litt lettere. Fordelingen hadde blitt mer rettferdig.»

Flere av informantene er inne på en annen måte å tenke medfinansiering på. Slik jeg opplever det reflekteres det over om helhetlig pasientforløp kunne bli bedre ivare tatt dersom

finansieringen kunne foregått på en annen måte. Det er en spennende tanke å reflektere over hvordan samarbeidet hadde fungert dersom pasienten i større grad hadde fått avgjøre, eller staten betalte alle utgifter uavhengig av hvor pasienten befant seg.

I følge March og Olsen (1989) blir omorganisering vellykket dersom den får politisk oppmerksomhet. Det vises til at mange store omorganiseringsprosjekter kan bli mislykket, men gjentakelse av like ideer og argumenter over tid skaper endring.

Samhandlingsreformen er initiert av staten. Informantene mener sentrale myndigheter i stor grad skal og må involveres i reformarbeid, noe det er tradisjon på i Norge.

Informantene gir likevel inntrykk av at regjeringen ikke bare må stå for det formelle, men også stå oppreist når tjenestemottakere klager på avgjørelsers om er tatt av høyere styresmakter.

Fokusgruppen mener at kommunene i liten grad får støtte fra sentrale politikere i vanskelige situasjoner. Som eksempel nevnes prioritering av sykehjems plasser.

Informantene mener også at medias negative omtale er med på å skape uro både hos pasienter og ansatte. Det hevdes at det er lite tilfredsstillende å stå i tøffe oppgaver når aviser og nyhetsbilde er full av negativ omtale. En av informantene uttaler:

«Jeg som leder kan forstå, og må tåle kritikk. Det som er verre er alle ansatte som står på hver dag for å få hjulene til å gå rundt.»

Informanten er også bekymret for unge mennesker som kanskje tenker på et yrke i helsetjenesten. Hun mener både helseforetak og kommune burde bli bedre på omdømmebygging. Få frem de gode eksemplene og snakke positivt om hverandre. Som en av informantene hevder er det lett å finne syndebukker i tøffe tider.

En annen informant mener at reformer kan skape storm i vannglass tidlig i fasen, men at det etter kort tid vil roe seg ned.

«Noe bør vel justeres, men det skjer vel underveis blant annet med pressens omtale av det som ikke fungerer. Da involverer helseministeren seg. I alle fall dersom det handler om helseforetakene.»

I følge Jacobsen i Repstad (2004) fører arbeidsdeling til to vanlige koordineringsproblemer. Det har fått betegnelsen dobbeltarbeid eller gråsoner. I følge forfatteren skjer dette dersom arbeidsdelingen ikke er klar nok. Det kan eksempelvis skyldes at en oppgave er vanskelig å dele opp som ved behandling.

En av informantene som har vært mye involvert i utarbeidelsen av avtalene mener mange nyttige detaljer har kommet på plass med mye dialog og kjennskap til hverandre.

Når det gjelder avtaler om gråsoner mener informanten dette var den mest kompliserte, og på ingen måter er denne avtalen ferdig gjennomarbeidet.

«Gråsoner er vanskelig. Vi prøvde å jobbe på samme måte som med de andre avtalene, men kom ikke i havn. Tilslutt måtte en liten gruppe bare få ned noe på papiret. Det er her uenighetene kommer til å ligge.»

De fleste informantene er opptatt av gråsoner, og mener dette må avklares individuelt i de enkelte tilfellene. Det hevdes at de to aktørene burde ha mer fokus på hvem som er mest egnet for denne oppgaven, og hva som er det beste for pasienten. Det stilles også spørsmål om hva pasienten selv ønsker.

Flere av informantene mener pasienter og brukere har fått for lite plass i samhandlingsreformen.

En av informantene mener her at kommunene er lite flinke til å ta initiativ når de ser et behov. Informanten mener at i de tilfellene det er innkalt til møte utover det som er hjemlet i avtale, er det på helseforetakets initiativ. Det vises til en kultur, hvor kommuner er vant til at helseforetak tar avgjørelser. I følge informanten kan kommunene bare skyldes på seg selv i denne saken.

Både fokusgruppen og informantene er tydelig på at kultur, verdier og teknologi er svært forskjellig fra kommune til spesialisthelsetjeneste. Dette kommer til uttrykk ved forskjeller i kompetanse, utstyr, mål for pasienter og brukere og det generelle støtteapparatet.

En av informantene viser til forskjeller når det gjelder støtteapparat som juridisk bistand, økonomer og IKT.

«Helseforetaket har sikkert fire ganger så mange administrative stillinger som kommuner. De som jobber i avdelingene kan konsentrerte seg om det. Andre oppgaver får de bistand til.»

Det vises til at kommuner i innsparingstider har måtte kutte ned på administrative stillinger. Det fremkommer en skjev fordeling med tanke på støtteapparat. Med stor sannsynlighet vil dette kunne påvirke maktforholdet.

Hva mener informantene fremmer samhandling? (struktur og arbeidsdeling)

- En mer rettferdig finansierings fordeling. Eksempelvis «penger følger bruker.»
- Tydelig arbeidsdeling presisert i lovverk.
- Helseforetaket har opprettet en samhandlingsavdeling. Ansatte på samhandlingsavdelingen tar initiativ til møter, prosjekter og annet.
- Helseforetaket har også tatt initiativ til hospiteringsavtale. Informantene mener dette er veldig bra, men mener det hadde fremmet samhandling i enda større grad dersom hospiteringen kunne gått begge veier.
- Samarbeid over tid. Det vises til eksempel med prosess rundt lovpålagte. Aktørene ble kjent med hverandre. Kommuneansatte opplevde likeverd.
- Kommunen har på noen områder forsterket seg ved å samarbeide med flere kommuner. (horisontal binding) Informantene opplever at det å stå flere kommuner sammen mot helseforetaket gir positiv effekt. De føler seg mer hørt og forstått, og likeverdigheten kommer bedre til uttrykk.
- Informantene viser til eksempel fra Alta kommune hvor helseforetak og kommune har fysisk plassert seg sammen. Spesialistene kommer til pasientene istedenfor for at pasientene må reise til spesialisthelsetjenesten. Informantene mener dette gir generalisert effekt ved å se hverandre, bli kjent og jobbe sammen rundt gråsoner.
- Samhandlingsreformen er forankret i regjeringen, og dette ser informantene på som positivt. Reformen får mye oppmerksomhet, og i så måte kan gjentakelse av ideer og argumenter over tid.
- Informantene ønsker seg mer frivillig koordinering, og de mener at også kommunene må bli flinkere til å ta initiativ.

Hva mener informantene hemmer samhandling? (struktur og arbeidsdeling)

- Informantene gir inntrykk av en dårligere samhandling etter at staten overtok helseforetakene. Fenomenet forklares med at de store sakene blir avklart av regjeringen, og at deres eierforhold til helseforetakene kommer til uttrykk.
- Informantene hevder videre at også kommunene stadig har gått i retning av fokus på resultat og kostnadseffektivitet. Informantene ser at når både helseforetak og kommune har fokus på egne resultater, blir alle seg selv nok.
- Knappe ressurser og fokus på egen drift kan føre til det informantene definerer som svingdørspasienter. Med det menes at pasientene blir sendt frem og tilbake mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. En slik samhandling vil gi dårlig kvalitet for pasienten, og vil også være lite kostnadseffektiv.
- Ulike tradisjoner og kulturforskjeller kan i følge informantene svekke samhandlingen. Som eksempel bruker informantene at ansatte har ulikt syn på hva pasientene trenger ut fra tradisjonen de tilhører.
- På den ene siden er spesialisering positivt, på den andre siden skaper det oppsplitting i tjenestene.
- Tvungen koordinering kan gi målforskyvning. Partene får fokus på andre ting enn det som er målet med samhandlingsreformen.
- Behov for å dokumentere egen prestasjon kan i følge informantene hemme samhandling
- Kommunene opplever at de i vanskelige tider får lite støtte fra regjeringen. I følge informantene kan dette ofte handle om områder som er besluttet av høyere styresmakter. Som eksempel kan nevnes tilstrekkelig antall sykehjemsplasser. Informantene opplever at de blir sittende i skvis.
- Dårlig omdømme vil i følge informantene hemme samhandling. De ansatte opplever «ikke mestring», og dårlig omdømme er heller ikke bra for fremtidig rekruttering.
- Gråsoner hemmer samhandling. Gråsoner handler om de områdene det er vanskelig å definere hvor hører hjemme. I følge informantene er aktørene ikke flinke nok til å være fleksible i disse sakene. Pasientene kan lett bli svingdørspasienter.
- Manglende samsvar mellom produksjon og finansiering i offentlige budsjett fremmer ikke samhandling. Finansiering er basert på offentlige tall, og setter både kommune og helseforetak i vanskelige situasjoner.

8.3 Kommunens autonomi

Baldersheim og Offerdal (1979), viser til at desentralisering har mange nyanser. I en tabell jeg tidligere har vist til, har de fremstilt ulike desentraliseringstyper og verdigrunnlag.⁷

Jeg vektlegger ikke alle desentraliseringstypene, men velger å drøfte de som er mest aktuelle for min empiri.

Staten delegerer oppgaver til kommunene gjennom lovverk. Verdigrunnlaget er hjemmel og regelorientering Baldersheim og Offerdal (1979). I tillegg finnes en rekke forskrifter, rundskriv og veiledere kommunene må forholde seg til. Som nevnt vil pasient- og brukerrettigheter som er knyttet til helse- og omsorgstjenester, videreføres i all hovedsak, og samles i pasientrettighetsloven. Lovens tittel endres til pasient- og brukerrettighetsloven. En slik harmonisering av regelverket vil kunne bidra til bedre samhandling mellom tjenesteytere og ulike forvaltningsnivåer. Regelverket om rettigheter blir også mer tilgjengelig for pasienter og brukere.

Flere av informantene mener at dagens pasient og brukergrupper har økende kunnskap om sine rettigheter. Klagesaker øker i omfang, og det er ikke uvanlig at brukere benytter advokat for å prøve sine rettigheter mot kommunen.

Hjemmel i helselovgivning skal gi en viss likebehandling uavhengig av hvor i landet du bor. Det vil i følge informantene likevel være variasjoner avhengig av skjønn som utøves, og hvordan kommunen har valgt å bygge opp sine tjenester. Utsagnet tyder på en viss handlefrihet også innenfor lovpålagte tjenester.

De fleste kommunene som er med i undersøkelsen har de senere år opprettet vedtaksteam eller tildelingsteam. Målet med en slik virksomhet er at de som fatter vedtak ikke skal være direkte bundet opp i tjenesteyting. I følge informantene skal da vedtak fattes ut fra behov og rettigheter, og ikke ut fra kommunes budsjett.

«Før var det de tjenesteytende avdelingene som fattet vedtak. Jeg tror vedtak da i større grad ble fattet ut fra kapasitet og økonomi. Nå fatter saksbehandlerne vedtak ut fra hjemmel og skjønn. De som jobber der har god kompetanse på saksbehandling og rettigheter.»

⁷ Tabell Baldersheim og Offerdal (1979) s. 15

Fokusgruppen mener også at vedtaksteam øker sjansen for at tjenesten plasseres der den skal være. I gammel organisering kunne det lett føre til at de tjenesteytende avdelingene skjøv tjenester på hverandre. Eksempel på det kunne være om en pasient skulle få omfattende hjemmetjenester eller sykehjemsplass. Informantene mener det er positivt at pasienter og brukere vurderes ut fra behov, men ser likevel store utfordringer knyttet til vedtak som blir fattet på den ene siden, og virksomheter som ikke har budsjett på andre siden. Lundquist (2008). Informantene mener situasjonen i stor grad har forverret seg etter innføring av samhandlingsreformen. Mye handler om hyppigere utskrivning av pasienter fra helseforetak i kombinasjon med kompliserte diagnoser.

«Noen få pasienter kan hvelve hele kommunebudsjettet. Kompetansekrevende pasienter som krever mye kompetanse koster kommunene mye mer enn de fleste kan make. Faren er at det går ut over andre som trenger hjelp.»

Tidligere lå disse pasientene i helseforetakene og regningen ble dekket av staten. Kommunene kan søke midler til ressurskrevende brukere en gang i året, men da har de først dekket en million i egenkapital. Flere av informantene har problemer med å se at ikke staten skal finansiere slike tjenester.

For å kunne fungere politisk desentralisert vektlegger Baldersheim og Offerdal (1979) betydningen av tilstrekkelige ressurser.

Da helse og omsorgstjenesteloven (2011) var ute på høring, lå det forslag som gikk ut på at helseforetaket kunne avgjøre hva slags tjeneste pasienten skulle få etter utskrivning. Med andre ord kunne de avgjøre om pasienten skulle bli tildelt en sykehjemsplass eller få tjenester i hjemmet. Forslaget skapte store reaksjoner i mange kommuner som følte at de ble satt under administrasjon. Forslaget gikk ikke igjennom, og idag er kommunen forpliktet til å ta imot utskrivningsklare pasienter, men selv velge hva slags tjeneste vedkommende skal få. Informantene mener dette var en svært viktig presisering med tanke på kommunens fremtidige autonomi.

»Jeg tror ikke alle skjønner hvor viktig denne avgjørelsen var for kommunen. Hadde helseforetaket også bestemt dette, hadde de i stor grad tatt over makten i kommunen.»

Baldersheim og Offerdal (1979) kaller denne formen for desentralisering- dekonsentrasjon. Verdigrunnlaget er orientert mot mål/middel. Som vist til ovenfor har kommunene beholdt muligheter til å velge middel for å yte en tjeneste.

Som nevnt har kommunale tjenester har utviklet seg til stadig mer krevende tjenester. Behovet for kompetanse både innen administrasjon og tjenesteyting underbygger det. Dette medfører også at politikerne er helt prisgitt en dyktig og ryddig administrasjon. Kommunestyre representanter skal på kort tid sette seg inn i en rekke lovverk og saker. På denne måten er det lett at administrasjonen får mer makt enn slik det opprinnelig er tenkt i et demokrati. I følge en av informantene må både administrasjon og politikere ta det inn over seg.

*«Fag og tjenester er blitt så komplisert. En vanlig politiker har ikke sjans til å sette seg inn i alt. Administrasjonen må være klar over makten de besitter, og bruke den på riktig måte. Dette handler om å være gode informanter og skrive gode saksfremlegg.
8»*

Fokusgruppen mener tema er lite kommunisert. De vektlegger at balansen mellom politikk og administrasjon ikke har et tydelig skille, og at dette er blitt mer komplisert etter som tjenestene øker i omfang og kompleksitet. På den ene siden kan administrasjonen ha for mye makt. På den andre siden kan politikere fatte viktige beslutninger uten å sitte med nødvendig kompetanse. Det legges til at helse og omsorgsfeltet krever svært mye både av politikere og av den administrative ledelsen.

I stortingsmelding 47 vektlegges en stor grad av brukermedvirkning. Kommunen har plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens samlede helse og omsorgstjeneste. Brukere er representert i ulike råd og utvalg, men informantene er usikre på hvor mye reel innflytelse brukere har. Det nevnes også at høringsfrister til nye lover og forskrifter er svært korte. Det er nesten umulig å sette seg ordentlig inn i sakene før svarfristen er ute.

⁸ Jeg har ikke vektlagt teori som omhandler Administrasjonens makt, men ser i ettertid at dette kunne vært hensiktsmessig. Dilemmaet er blant annet beskrevet i Administrasjonens makt (Jacobsen 2005)

«Det er krevende å svare ut høringer og svært ofte med korte frister. Jeg vet at organisasjoner som eldreråd og råd for likestilling av funksjonshemmede svarer samlet. Mulig dette kunne vært organisert på en bedre måte.»

Baldersheim og Offerdal (1979) kaller en slik form for delegering for demokratiseringsperspektiv. Et slikt perspektiv handler om utvidet deltakelse hos innbyggere. Informantene tror ikke ansatte er negative til økt brukermedvirkning. Det er heller mangel på tid som gjør at brukermedvirkning ikke blir prioritert. Det legges til at alle kommunens planer av et visst omfang legges ut på høring.

Flere av informantene skjønner behovet for et mer effektivt helsevesen. De mener likevel at sentrale myndigheter lukker øynene med tanke på et helhetssyn, og at delegering uten kontroll til kommunene kan føre til brudd i behandlingskjeden. Som en av informantene uttaler burde kvaliteten på tjenestene være like bra på begge sider av forvaltningsnivåene. For mye fokus på at helseforetaket skal drive med spesialisert behandling, kan føre til dårlig tilbud hos kommunene. Mange ansatte har valgt yrker i helsesektoren fordi de liker mennesker, og kan bidra med omsorg og helsehjelp. Flere ansatte uttrykker nå bekymring og en opplevelse av ikke å strekke til. NOU 2005:3 konkluderte med behov for bedre samhandling i helsetjenestene. Utvalget hevdet at det sviktet i overgangene mellom tjenestene.

Folkehelse og satsning på helsefremmende tiltak var i følge informantene det som skulle gi kommune drahjelp til å kunne ivareta fremtidige helsetjenester. Regjeringen har satt et nasjonalt mål, hvor den enkelte innbygger skal få større ansvar for egen helse. Livsstilssykdommer som KOLS, hjerte/karsykdommer, diabetes og fedme bidrar til store helseutfordringer. Svært mye av disse sykdommene kan forebygges, noe det finnes dokumentert forskning på. Som fokusgruppen hevder:

«Alle er vel interessert i folkehelse. Det vil jo gi både livskvalitet og økonomiske gevinster. Det er bare det at det tar litt tid før man ser effekt, og det må satses ressurser for å få det i gang. Kommunene ble lovet ressurser, men det var bare spill for galleriet.»

Informantene er for øvrig enig i at folkehelse i stor grad bør skje der hvor folk bor. Det handler om tilgjengelighet til naturen, sykkelstier og ulike aktivitetstilbud. Flere mener også at det skjer mye bra, men med litt mer satsning kunne mange flere fått hjelp til selvhjelp.

Baldersheim og Offerdal(1979) viser til nasjonsbygging perspektiv. I er slikt perspektiv skal kommunene fungere for et nasjonalt felleskap. Ved å overlate oppgaver til lokale styrer med en viss grad av selvstyre skapes grunnlag for identifikasjon med nasjonen.

Stortingsmelding 47 (2008- 2009) la opp til at folkehelse var et av hovedgrepene som skulle bidra til å få helsevesenet på fote igjen. Informantene sier seg enig i at det er nødvendig. De viser til at det finnes en rekke dokumentasjon på hva som kan motvirke funksjonstap og forebygge livsstilssykdommer. Som vist til i Stortingsmelding 25 (2005- 2006) er det bare seks prosent av de mellom 67 og 97 år som følger opp daglige anbefalinger vedrørende mosjon. I tillegg til gevinster hos den enkelte i form av god helse, ville dette bidra til sterkt reduserte utgifter. (ibid). Tiltross for dette gir staten ingen midler til en slik satsning. Når medfinansiering og utskrivningsklare pasienter er betalt for, har kommunene allerede brukt mer enn budsjettet dekker.

«Staten setter mål for kommunen, men gir ikke midler så vi kan nå målene. En annen ting er at helseforetaket helt har sluttet å fokusere på den delen av helsetjenesten. De tenker bare behandling til syke pasienter. Opplever ikke at vi får så mye dra hjelp av staten heller.»

Det etterlyses en større involvering både fra regjering og helseforetak. De opplever at det er vanskelig å stå alene om en annen retning som kanskje medfører mer ansvar hos den enkelte innbygger. Informantene tror at om få år vil enkelte av kommunens nåværende tjenester borte. Eksempelvis nevner de praktisk bistand, støttekontakt eller andre lavterskel tilbud. Slike oppgaver må da utføres av familien selv eller av frivillige, noe som må sees på som oppgaveforskyvning.⁹ Et annet alternativ er omsorgsteknologi. Telemedisin og tekniske installasjoner som kan bidra til egenmestring får mye fokus om dagen. I etterkant av samhandlingsreformen er det kommet en ny stortingsmelding som beskriver temaet. Innovasjon i omsorg (2010- 2011)

⁹ I forprosjektet til avhandlingen var jeg svært opptatt av utfordring knyttet til oppgaveforskyvning i lys av samhandlingsreformen. Tiltross for at jeg valgte en annen problemstilling, finner jeg temaet svært interessant. Jeg vil i liten grad berøre temaet videre.

En av informantene viser til Fredericia modellen fra Danmark¹⁰. I Fredericia så ledelsen at kommunen ikke klarte å ta hånd om alle innbyggere som trengte hjelp fra det kommunale apparatet. Økonomiske midler strakk ikke til, og ledelsen skjønnte de måtte tenke nytt. Fredericia startet med et prosjekt som senere har vist seg å være økonomisk besparende. I tillegg viser forskningsprosjektet at flere brukere opplever livskvalitet ved å bidra mer. I dag har de fleste kommuner i Danmark innført en eller annen form for hverdagsrehabilitering.

Flere Norske kommuner har satt seg inn i Fredericia modellen. I følge informanten er det to suksesskriterier Danmark benyttet, og som kommuner i Norge ikke har. I Danmark støttet sentrale politikere opp retningen. I tillegg ble det prioritert midler kommunene kunne sette inn så de fikk tilbudet på plass.

«To ting gjør det vanskelig for oss. Vi har ikke oppstart midler til slike tiltak. Jeg tror likevel det verste er at i Norge vil vi få protester fra innbyggere. De vil ha sine rettigheter som er hjemlet i lov, og det har staten bidratt til.»

En av informantene mener regjeringen i alt for liten grad lar kommunene få tid på seg når det gjelder nye oppgaver. HVPU reformen blir brukt som eksempel.¹¹ I denne reformen ble brukere flyttet fra sentralinstitusjoner og over i det kommunale tjenestetilbudet. Det vises til HVPU reformen hvor en kommisjon skulle se på forholdene i institusjonene til psykisk utviklingshemmede. På kort tid valgte de isteden å legge ned institusjonene, og overføre brukerne til kommunene. I etterkant har det fremkommet at mange kommuner var dårlig rustet, og i flere år var det mange psykisk utviklingshemmede som hadde dårlige tilbud. En av informantene mener mye av dette kunne vært unngått om staten hadde samarbeidet med kommunene på en bedre måte, og latt kommunene bygge opp gode tilbud før oppgavene ble overført. Informantene ser at tilbudet med psykisk utviklingshemmede har gått seg til, men det etter mange feilskjær. NOU (2005:3)

¹⁰ Fredericia prosjektet er gjennomført i Danmark, og handler om at hjemmeboende pasienter skal få hjelp til å være lengst mulig i eget liv. Hjemmetjenesten har bygget opp et tilbud med hjemme trenere som erstatter mye av den tradisjonelle omsorgstjenesten.

¹¹ Helsevern for psykisk utviklingshemmede. (1991) Psykisk utviklingshemmede ble flyttet fra sentralinstitusjoner til hjemkommunen. (lovdata.no)

Når HVPU reformen blir brakt på banen, er det fordi informantene mener at det samme kan skje med oppgaver knyttet til samhandlingsreformen. Det er ikke alle kommuner som har rustet opp det de trenger av kompetanse og tjenester, og mangel på økonomiske ressurser forverrer situasjonen. Informantene er redd for at mange brukere og pasienter vil havne i vanskelige situasjoner, noe de mener vi allerede har sett en rekke eksempler på. Det vises til store oppslag i aviser og riksmidia hvor eldre ikke får et verdig tilbud eller blir skrevet ut for tidlig uten oppfølging.

«HVPU reformen ble også innført veldig raskt. En kommisjon skulle se på verdighet i tilbudet til psykisk utviklingshemmede. De valgte å legge ned alle sentrale institusjoner. Mange brukere sto uten et opprustet tilbud i kommunen, og i noen år var det kaos. Helt feil at slike omfattende reformer skal innføres så raskt. Nå tror jeg vi gjør den samme feilen igjen med samhandlingsreformen. Denne gangen gjelder det somatiske pasienter i første rekke. Mest sannsynlig blir det noen år med dårlige tjenestetilbud, mangelfull kompetanse og en rekke avvik før kommunen får rustet seg.» Med stor sannsynlighet blir det også dårligere samfunnsøkonomi. At vi aldri kan lære i dette landet.»

March og Olsen (1989) hevder på sin side at konsekvensen av mangel på faste regler når noe skal endres er at det ikke blir noe av forandringsplanene. Årsakene er i følge forfatterne at for mange folk er involvert, det er alt for mange muligheter, problemer og løsninger. Det hevdes at dersom man forandrer på ting stykkevis kan det lett bli kaos. Synet harmonerer ikke med informantene som ønsker seg en mer gradvis innføring.

Baldersheim og Offerdal (1979) kaller en slik type delegering som vist til for distribuering. Oppgavene delegeres gjennom distribuering, og kommunene får ansvar for tjenesten. En slik delegering kan i følge informantene føre til store forskjeller i tilbudene fra kommune til kommune.

Baldersheim i Baldersheim og Offerdal (1989) har laget en modell som viser relasjoner mellom delene i det desentraliserte systemet.¹² Relasjonene karakteriseres ut fra aksess kontra autonomi. Når en relasjon er preget av høy grad av autonomi og lav grad av aksess, hevder forfatteren at vi står overfor et felleskap i oppløsning. Når en relasjon er preget av høy aksess og lav autonomi, har aktørene liten frihet til å velge policy alene, men har anledning til å innvirke på vedtak.

¹² Modell Baldersheim side 17 i teoridelen

Hansen og Kjellberg i Baldersheim og Offerdal (1979), har drøftet kommunens autonomi ut fra en slik modell. De skiller på ulike grader av autonomi kommunen har ved å stille spørsmål om hvilke grad av skjønn de som fatter vedtak i kommunen har med tanke på valg av mål og middel for å realisere målene.¹³

Kommuner er lokale selvstyrer med folkevalgte og administrasjon. I praksis er likevel virkeområdene for kommune begrenset av økonomiske rammer og statlige særlover. Dette setter klare grenser for den lokale friheten. Bukve (1997)

Som jeg tidligere har vist til har kommunen i noen tilfeller mulighet til å velge middel for og nå mål. Eksempelvis dersom en innbygger søker om sykehjemsplass, kan tildelingsteamet velge å gi vedtak på utvidet hjemmesykepleie. Målet er å gi innbyggeren bistand i det vedkommende har krav på etter loven. Noen kommuner har høy dekningsgrad¹⁴ på sykehjem og kan gi mange eldre tilbud der. Andre har lite sykehjemsplasser og har bygget omsorgsboliger. Det er anbefalt at kommuner har en jevn fordeling av ulike tjenestenivå å tilby. Innbyggere skal da få tildelt tjenester etter BEON prinsippet.¹⁵

I andre sammenheng har kommunen liten mulighet til valg av både mål og middel. Eksempel på det kan være om en familie har krav på omsorgslønn eller ikke. Saksbehandlere er gitt delegasjon gjennom det forfatterne kaller dekonsentrering. Baldersheim og Offerdal (1979)

De siste årene har kommunene fått mange oppgaver overført fra staten. Ansvar for psykisk utviklingshemmede, psykisk helse, og rus er noen av eksempler. Når kommunene nå i tillegg får økt ansvar til somatiske pasienter er det ingen tvil om at mange kommuner får en anstrengt økonomi.

Ideelt sett skal kommunestyreordningen fungere slik at kommunestyret kan opptre fristilt og ta ansvar i eget hus. Baldersheim og Offerdal (1979) beskriver dette som politisk desentralisering. Når kommunene får overført en rekke nye oppgaver uten at det følger med midler, blir kommunenes valg av middel og mål sterkt begrenset.

¹³ Modellene er beskrevet på side 18 i teoridelen

¹⁴ Dekningsgrad er et begrep som sier hvor mange % av personer over åtti år kommunen har kapasitet til på sykehjem.

¹⁵ Beon prinsippet beskriver «beste effektive omsorgsnivå»

Fokusgruppen mener at kommuner i stor grad er i ferd med å miste sin autonomi etter innføring av samhandlingsreformen. Dette begrunnes med flere og flere lovpålagte oppgaver, noe som begrenser kommunens handlingsfrihet.

«Når alle lovpålagte oppgaver er dekket, er det ikke mye igjen politikerne kan disponere fritt.»

Kommuner i Norge er svært variert i størrelse og måten de har valgt å organisere sine tjenester på. Felles for kommuner er at de er regulert av kommuneloven (1992) som regulerer en rekke forhold, blant annet økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og rapportering. Dersom kommunene ikke kan levere et balansert budsjett kan de bli satt under administrasjon av staten. (Robek)¹⁶

En av informantene hevder:

«Dersom kommunen ikke klarer lovpålagte oppgaver kan vi ende som Robek kommune. Det er vitnesbyrdet på en kommune uten styring. Det jeg har tenkt på er at dersom lovpålagte oppgaver fortsetter å øke, havner vi der flere av oss, og det handler om noe annet enn mangel på styring.»

Et alternativ til Robek vil i følge flere av informantene være interkommunale samarbeid eller kommunesammenslåing. En av informantene tror også at staten gjør dette helt bevisst. Små kommuner sees på som lite kostnadseffektive. Informanten mener det er lettere å presse kommunene til sammenslåing «fordi de velger det selv av økonomiske årsaker.»

«Jeg tror vi er litt naive med tanke på interkommunale samarbeid. Det kommer nødvendigvis ikke til å bli noe billigere. Mange tror staten har en baktanke med samhandlingsreformen. De vil tvinge oss til kommunesammenslåing. I alle fall små kommuner.»

Fra 2016 innføres kommunens plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgn. Informantene er i gang med utredning av felles løsning i form av lokalmedisinsk senter. Et slikt tilbud vil kreve legedekning døgnet rundt, og flere spesialiserte sykepleiere. Noen mener et slikt samarbeid er nødvendig og bra. Andre mener det er første skritt inn i kommunesammenslåing.

¹⁶ ROBEEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som må ha godkjenning fra Kommunal- og regionaldepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler. Kommuneloven (1992)

Da samhandlingsreformen ble presentert hevdet regjeringen at kommuner som hadde mer enn 15.000 innbyggere burde være istand til klare tjenestene alene. De fleste av informantene mener dette er feil, og at mangel på ressurser gjør at kommuner kommer til å samarbeide om fellestjenester om de har lyst eller ikke.

Enkeltvedtak som er fattet gir vedkommende rett til å klage. Klagesak går først til et politisk klageutvalg for deretter å bli sendt til Fylkesmannen. Det gir pasienter og brukere en rettsikkerhet, og i følge en av informantene ansatte i vedtaksteamet en anledning til å teste skjønnsutmålingen.

«Skjønnsutmåling er vanskelig. Det å vite hvor smalt nøkkelhullet skal være for å få en tjeneste er bra å få en tilbakemelding på.»

Informantene mener at økte oppgaver kombinert med manglende budsjettmidlet helt klart vil føre til at kommunene blir strengere på å gi ut tjenester, men at man fort vil komme til en minimumsgrense. Fylkesmannen vil i slike situasjoner griper inn og overprøver kommunenes avslag.

«Vi har de ressursene vi har. Kan jo ikke trylle heller. Det følger ikke mere penger fra staten om vi får flere med behov for tjenester. Midler er basert på historiske tall. Det samme gjelder midler knyttet til eldrefremskrivning. Ofte og oftere griper Fylkesmannen inn og gir klager medhold.»

Som nevnt under arbeidsdeling opplever informantene at helseforetaket i stor grad har definisjonsmakt på hvilke pasienter som skal utskrives til kommunen. På denne måten tar helseforetaket kontroll over kommunale helsetjenester, og reduserer kommunens autonomi.

I mange tilfeller må kommunen yte en tjeneste uavhengig av om det finnes plass eller ressurser. Ofte kan det handle om en sykehjemsplass kommunen ikke har. Det vises til en rekke oppslag det siste året hvor pasienter og pårørende har stått frem og fortalt sin historie. Kommunen velger ofte å kjøpe plasser av private eller i andre kommuner når slike situasjoner oppstår. Det vises til verdighetsgarantien som kom i 2011.¹⁷ Garantien er nok et eksempel på sterke statlige føringer. Informantene påpeker en stor forskjell i tilbud pasientene har i

¹⁷ Verdighetsgarantien (2011). Gir blant annet eldre rett til enerom i kommunale sykehjem

helseforetaket. Her er de oftest plassert i 4-6 mannsrom. Noen er også plassert i korridorer. Informanten ser forskjell på langtidspasienter på sykehjem og de som er inne på kortere opphold. Når kommunene får ansvar for øyeblikkelig hjelp pasienter, mener informantene at også kommunene må tenke flere pasienter på rommene. Det reageres på at staten setter standard for kommunene når de selv kan ha pasienter i korridoren.

«Det blir vanskelig for hver enkelt kommune å sitte og holde av riktig antall senger til svært syke pasienter. Det er jo sykehuspasienter vi snakker om- det blir lettere i et samarbeid i et lokalmedisinsk senter. Vi kan ikke legge pasienter i korridoren slik de gjør i helseforetaket.»

Kommunene gis anledning til å søke statlige prosjektmidler til ulike samhandlingstiltak. Av mangel på ressurser kan dette virke forlokkende.

«Vi kan få midler øremerket et eller annet. Det er en form for byråkratisk kontroll. Vi får for eksempelvis penger til å bygge opp dagtilbud til demenspasienter. Dersom vi ikke benytter pengene som avtalt må de betales tilbake. På denne måten kan staten overvåke enkelte av oppgavene de ønsker at vi skal utføre. Det det snakkes lite om er at pengene forsvinner etter endt prosjektperiode.»

Midler til stillinger som frisklivskoordinator og frivillighetskoordinator gis ofte til å dekke et år med driftsmidler. Etter dette må kommunene legge stillingen inn i rammen. En av informantene mener at når en stilling har vært på plass et år skapes en forventning fra innbyggere og politikere. Det er vanskelig å fjerne et tilbud som har fungert bra. På denne måten kan kommunen lett komme i et dilemma. Av den grunn anbefales at kommunen tenker seg godt om før prosjektmidler søkes.

Flere av informantene er opptatt av den avmakten de føler ved å se hva de burde gjøre, men som kommunen ikke har penger til. Ofte handler dette om lavterskeltilbud eller forebyggende helse. Lovpålagte tjenester må prioriteres.

«Vi vet jo at mange ting tiltak fungerer slik som miljøarbeid i skolegården eller dag og aktivitetstilbud til eldre. Slike lavterskel tilbud kan gi store gevinster på sikt, men vi har ikke penger til å sette det i gang. Alt blir slukt av lovpålagte oppgaver.»

En annen informant hevder:

«I stortingsmelding 47 står det at samhandlingsreformen har to ben. Det ene benet skal drive med behandling, og det andre skal handle om folkehelse. Når vi har betalt for medisinske pasienter og tatt imot de utskrivningsklare er det ingen penger igjen til å drive folkehelse.»

Fokusgruppen diskuterer omlegging av helseforetak de siste tiår. Flere mener helsevesenet fungerte veldig bra da Fylkeskommunen hadde ansvaret. Staten overtok helseforetakene i 2002.

En av informantene mener staten burde videreutviklet modellen med fylkeskommunale sykehus, og isteden laget statlige helseforetak med høy grad av forskning og spesialisering.

«Det er keiserens nye klær. Staten legger ned fylkeskommunen, og staten tvinger tjenester som ligger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune på plass igjen. Forskjellen er at denne gang må kommunene betale store deler av regningen.»

En annen hevder:

«Før het det lokalsykehus og var drevet av fylkeskommunen. Nå blir det lokalmedisinske sentre, og de skal drives av kommunen. Utfordringen er at det finnes ikke penger. Det er derfor kommunene får ansvar.»

Fokusgruppen mener en tre nivå modell med statlige helseforetak, fylkeskommunale sykehus og kommunale helsetjenester kanskje kunne gitt en fordeling som i større grad ivaretok helhetlig pasientforløp. Den nye måten å organisere tjenestene på blir nødvendigvis ikke billigere, og ikke nødvendigvis av bedre kvalitet. Det kan også utvikle seg større variasjoner i kvaliteten på tilbudene avhengig av kommunenes økonomi.

Noe av det samme blir drøftet i en artikkel fra Ramsdal og Qvortrup (1992). Utfordringene var å finne balanse mellom reduksjon av utgifter, og krav om omstrukturering og omprioritering av tjenestene. Forfatterne (ibid) hevder at modellen var basert på politisk legitimitet, og ikke særtrekk ved helse og sosialtjenesten. Autonomi og relevans ble drøftet. Det ble pekt på to retninger. Institusjonens high- tech- medisin, og kommunens omsorgsmedisin. En distrikt organisering i fremtiden kunne være hensiktsmessig med tanke

på sykdomspanoramaet. Interkommunalsamarbeid eller kommunesammenslåing ble sett på som aktuelt.

Ramsdal og Qvortrup (1992) hevdet at en reorganisering av synspunktene som ble belyst kunne danne grunnlag for en reorganisering av det fylkeskommunale helsevesenet.

To tendenser ble fremhevet. En sentripetalkraft som endte opp i en funksjonell organisering, eller en sentrifugalkraft som presset kommunene til sammenslåing.

Det er det samme dilemmaet informantene er opptatt av i dag. Oppgaver tidligere utført i helseforetakene overføres kommunen. Kommunene kan velge å etablere lokale løsninger som kan resultere i kommunesammenslåinger. En annen løsning kan være å samarbeide om hensiktsmessige samarbeidsprosjekt som lokalmedisinsk senter. Informantene håper på valgfrihet og ikke tvang.

Hva mener informantene fremmer samhandling? (Fokus på kommunens autonomi)

- Kloge strategiske grep i kommunene.
- Kommunens handlingsfrihet med tanke på hvordan tjenester settes sammen.
- Godt samarbeid mellom lokale politikere og administrasjon.
- Vedtaksteam som fatter alt av vedtak og står for kommunikasjon og samhandling med helseforetaket. Kjenner avtaler og kan forhandle på kommunens vegne.
- Interkommunale samarbeid. Horisontale bindinger gjør oss sterkere.
- Interkommunale samarbeidsprosjekt.

Hva mener informantene hemmer samhandling. (Fokus på kommunens autonomi)

- Oppgaveoverføring til kommunene uten at det følger med ressurser.
- Oppgaver knyttet til folkehelse overlatt til kommunen alene.
- Manglende helhetssyn fra sentrale politikere.
- Staten ser ikke og kjenner ikke kommunene godt nok.
- For skarpt skille mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Noen mener aktørene kunne samarbeidet om et halvannenlinje. (et sted midt imellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.)
- Reformen innføres for raskt. Kommunene får ikke tid til å ruste seg.

- Helseforetakas definisjonsmakt vedrørende utskrivningsklare pasienter. Det etterlyser en bedre kommunikasjon og gjensidig tilpasning.
- Informantene hever at kommunestyre har fått begrenset handlefrihet i tråd med økte oppgaver. Det vises til at det er lite midler igjen når de lovpålagte oppgavene har fått nødvendig budsjett.
- Kommunene havner i en avmaktssituasjon når de ser hva de burde gjort med ikke har midler til å gjøre.
- Kommunene kan føle seg tvunget til kommunesammenslåing.
- Informantene hevder at samhandlingsreformen lett kan sees på som keiserens nye Fylkeskommunale helseforetak ble nedlagt. Nå bygges de opp igjen, men denne gang på kommunal regning.

8.4 Kompetanse

Regjeringen har gjennom en rekke oppdragsdokumenter satt mye fokus på kompetanse, og det er kjent at mangel på fagpersoner kommer til å bli en av de største utfordringene fremover. Allerede på sytti tallet drøftet Hansen (1976) dilemmaet. Han viser til at det store fokuset på forebyggende medisin og den generelle forbedringen i folks levevilkår har ført til en betydelig forlenget levealder. Som en følge av dette har vi ifølge forfatteren fått en aldrende befolkning med økende sykkelighet og store innslag av kroniske lidelser. (ibid)

Forfatteren peker på sentrale elementer de fleste av informantene er opptatt av. Spesialistene behandler flere, det forskes mer, og levealder vokser i tråd med kronikere. Dette fenomenet fører til en eksplosjon i helsetjenester, noe stortingsmelding 47 (2008- 2009) tydeliggjør. Fokusgruppen er opptatt av to hovedområder. Det ene er utfordringen med å rekruttere tilstrekkelig kompetanse, og det andre er mangel på økonomiske ressurser.

«Det er en kjent sak at vi i fremtiden kommer til å slite med kompetanse. Flere og flere eldre kombinert med alvorlige diagnoser fører til det. Nå må kommunene også ha spesialister. Vi får jo oppgaver som tidligere har vært utført på helseforetaket, og da må kompetansen følge med.»

Informantene mener at stor etterspørsel på kompetanse lett kan føre til en mer anstrengt samhandling.

SSB Helsemod har i Stortingsmelding 47 (2008- 2010) beskrevet at vi vil ha behov for mellom 9500 og 135000 årsverk frem mot 2030. Tilgangen av helsepersonell vil i følge undersøkelsen øke om lag med 100000 årsverk.

Flere av informantene tror ikke nødvendigvis at det er kommunene som taper kampen om ressursene. Derimot kan nye oppgaver i kommunen bli sett på som mer spennende en tidligere. Det blir i følge en av informantene en slags mellomting av omsorg og spesialisering.

«Jeg tror mange særlig sykepleiere kommer til å velge bort en jobb hos spesialisthelsetjenesten. I kommunene derimot, får ansatte anledning til å jobbe med både spesialisering og det allmenne. Vi kan kalle det for omsorgsspesialisering.»

Flere av informantene har erfaring fra helseforetak. De mener at mye av oppgavene til en sykepleier alltid har vært noe rutinepreget, men med økt spesialisering kan bli det rene samlebånd med standardiserte oppgaver. For mange kan dette bli lite utfordrende.

På den andre siden hevdes det at fagmiljø i helseforetak kan være attraktivt med tanke på rekruttering. Det gjelder både leger og sykepleiere. Det kan bety mye både med tanke på trygghet og fellesskaps følelse. I en kommune derimot er det vanlig at en sykehjemslege er helt alene. Informantene har heller ikke følelsen av at en sykehjemslege opplever et felleskap med fastlegene i kommunen.

«sykehjemslege kan være en ensom rolle med tanke på kollegaer. På en annen måte tror jeg dette fører til mye beder kommunikasjon med sykepleiere og andre i avdelingene. I sykehus kommuniserer leger med leger, og sykepleiere med Sykepleiere.»

Den største utfordringen for kommunene mener informantene er om kommunene klarer å bygge opp robuste fagmiljøer. Det kan være krevende å være eneste lege eller eneste sykepleier når pasientene har omfattende helsetilstander. Informantene ser at kommunene lett kan bli konkurrenter seg i mellom med tanke på rekruttering. Lønn, fleksibilitet i stillingen, mulighet for etter og videreutdanning vil da være av betydning. I tillegg nevnes omdømmebygging blant annet gjennom høyskoler og universiteter. Kommuner må være flinkere til å markedsføre det de gjør.

Med oppgaveoverføring følger nye oppgaver kommunen tidligere ikke har utført.

Helseforetaket har bidratt med ambulerende team. På enkelte områder har de egne stillinger som drar ut i kommunene og bidrar med opplæring. Tiltaket har i følge informantene vært svært positivt.

Fokusgruppen og flere av informantene er bekymret for legedekning i kommunen. Stortingsmelding 47 (2008- 2009) påpeker at økte legehjemler blir nødvendig med nye oppgaver. Det var knyttet stor spenning til ny fastlegeforskrift, men i følge informantene har ikke den bidratt i stor grad.¹⁸

«Stortingsmelding 47 har et eget punkt som omhandler behov for leger i kommunen. I starten var det knyttet stor spenning til forskrift, men lite har skjedd.»

Informantene mener regjeringen i større grad kunne styrt bruk av fastleger. På den andre siden ser de dilemma med å påtvinge fastleger tilplikting. Flere har erfaringer med mange små stillinger som handler om tilplikting av 7,5 timer i uken. Interessen for å lykkes i kommunen vil i følge en av informantene være redusert.

«Det beste må være å rekruttere leger som ønsker å jobbe i kommunen. Gjerne spesialister.»

Noen av kommunene har allerede tilknyttet seg legespesialister, og dette har vært utelukkende positivt. Leger i kommunene fører til at sykepleiere og andre føler seg tryggere.

I stortingsmelding 47 (2008-2009) presiseres det at kommunen har sin organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærhet til befolkningen.

Informantene er langt på vei enig i dette, og dersom det gis midler til folkehelsearbeid tror flere av informantene at denne delen av helsetjenesten skal ligge der hvor pasienter og brukere bor. Innen folkehelse mener informantene at andre profesjoner enn sykepleiere og leger er aktuelle.

¹⁸ Ny fastlegeforskrift ble vedtatt i 2012. Medfører ingen endring i mulighet til tilplikting (7,5 timer), men gir økt krav om tilgjengelighet på telefonen og hjemmebesøk i særskilte tilfeller

«Klart det er best med tilbud i egen kommune som går på trening, rehabilitering, ernæring og fysisk aktivitet. Her kan vi benytte kompetanse som fysio/ergo, ernæringsfysiologer og vernepleiere. Vi lyste ut en frisklivskoordinator stilling, og fikk en hel haug søkere.»

Det har vært mye fokus på mangelpersonell i årene som kommer Informantene mener vi må bli flinkere til å se bredden i tjenestene og våge å tenke nytt. Det er mange andre yrkesgrupper som kan benyttes i samarbeid med de tradisjonelle yrkene som sykepleier og lege. Det vises til Danmark hvor flere kommuner har tatt i bruk hjemmetrenere. De ansatte trener eldre hjemmeboende til å klare seg selv. (Jmf. Fredericia prosjekt s. 71.)

Kommunene har i følge informantene ingen lang og sterk tradisjon i kompetanseutvikling. Det er først de senere årene at kommunene har sett at det er viktig å tenke strategi også her. Flere av kommunene har vært med i KS prosjekt flink med folk i første rekke. Prosjektet har handlet om strategisk kompetanseutvikling.

«Kommunene har drevet med omsorgsmedisin og har stort sett fokusert på utdanninger som hjelpepleiere osv. Noen ansatte har fått økonomisk bistand til å starte på sykepleier og vernepleierutdanning, men det har manglet penger i min kommune.»

Helsepersonell utdanninger er å regne som profesjonsutdanninger, der avveiningen mellom institusjonens autonomi og samfunnsoppdrag blir sentral. I spesialisthelsetjenesten er det inngått avtaler og etablert samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjonene. Tilsvarende tilbud er i liten grad gjort i kommunene.

Informantene hevder de har hatt systematiske avtaler med utdanningsinstitusjoner, men at utdanningene i liten grad har vært tilrettelagt for dagens helsetjenester.

«Mange studenter som kommer har lite peiling på hva vi driver med. De tror vi driver gammeldagse sykehjem med hårruller og potteplanter. Det positive er at de som kommer blir svært overrasket i positiv forstand. Flere ønsker jobb senere. Dette burde de ha hørt om på studiet.»

Universiteter og høyskoler skal i løpet av 2012 ha utarbeidet læringsutbytte med beskrivelse av fag og studieplaner. Denne prosessen gir institusjonene anledning til å tilpasse utdanninger

etter endringer i samhandlingsreformen. Informantene mener at dette i stor grad vil føre til kunnskap, gjensidig respekt og bedret samhandling.

Berg (1979) hevder at spesialisering har ført til avhengighet av leger seg imellom.

Allmennpraktikeren er kommet i en hierarkisk situasjon. Han er blitt avhengig av spesialister.

Forfatteren (ibid) hevder at selv om allmennpraktikeren har en trening i å se medisinske forhold, gir den ikke noen særegen autoritet. Selv om spesialisten kan mer på et område enn allmennpraktikeren, er det trolig at han kan mindre enn allmennpraktikeren utenfor dette område.

På denne måten befinner spesialisten seg også i et vertikalt avhengighetssystem i tillegg blir de vevet inn i det horisontale, dvs gjensidige avhengigheter. (ibid)

Helseforetaket består av spesialiserte avdelinger. Leger er som oftest spesialister og kan mye innen sitt fagområde. Spesialister gir høy kvalitet på tjenesten, på en annen side kan mange spesialister føre til en oppstykket tjeneste og avhengighet til andre spesialister.

Det kan lett bli blir mange personer rundt hver pasient, og lett forsvinner det helhetlige blikket.

«Når alle er spesialister får man det instrumentelle blikket som bare ser en blindtarm eller et brudd på pasienten. Utfordringen blir når pasienten lider av flere ting under innleggelse. Ofte blir slike pasienter sent frem og tilbake, frem og tilbake.»

En av informantene mener at helseforetakene trenger noen allmennleger, og kommunene trenger flere spesialister. Informanten mener at det å skille helt svart hvitt ved at spesialistene holder seg i spesialisthelsetjenesten og allmennpraktikerne i kommunene er med på å hemme samhandlingen. Det som kunne fremme samhandling og helhetlig pasientforløp er i følge informanten et litt mer «smidig skille».

«Legene burde samarbeide på en bedre måte særlig rundt pasienter med flere diagnoser. Det er mulig dersom spesialistene kommer ut i kommunene for eksempel i et lokalmedisinsk senter.»

Informantene uttrykker et stort ønske om å koble tjenestenivåene tettere sammen. Det vil ivareta en rekke forhold som helhet, kompetanseoverføring, det spesialiserte og det allmenne. Sett fra pasientens ståsted vil ofte pasienten slippe lang reise, noe som ofte er belastende for

syke pasienter. Informantene er opptatt av kompetanseoverføring fra helseforetak til kommunen, og fra kommunen til spesialisthelsetjenesten.

«Jeg tror mange av sykepleieren som jobber i kommunen kan mye mer enn mange av de som jobber i spesialisthelsetjenesten. Der utfører de ofte oppgaver innen et lite område. I kommunen jobber de fleste med mye forskjellig, og det gir et godt klinisk blikk.»

Klinisk blikk mener informanten utvikles av erfaring, og kommer som et resultat av å jobbe med hele mennesket.

Flere informanter er opptatt av at når kommunehelsetjenesten får spesialiserte oppgaver overført, må også kommunene ha spesialister. Det gjelder leger, men også mange andre yrkesgrupper som spesialsykepleiere, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og sosionomer.

«Nå flytter de pasientene, men spesialistene blir igjen på sykehuset. Forklar det den som kan.»

Fokusgruppen hevder at pasientene kommunene nå skal ta seg av krever et helt annet støtteapparat enn tidligere. Det kan være yngre pasienter med kreft eller andre kroniske sykdommer. Det vil være krevende for kommunene å bygge opp.

Hva mener informantene fremmer samhandling? (fokus på kompetanse)

- Informantene ser at oppgaveoverføring kan føre til robuste fagmiljøer, og dermed en bedre balanse. Kommunene vil komme til å trenge spesialister.
- Fysisk samordning fremmer samhandling. Eksempelvis kan representanter fra spesialisthelsetjenesten komme ut i lokalmedisinske sentre.
- Ambulerende team. Gir opplæring i nye oppgaver kommunen skal ta over
- Hospitering begge veier. Bli kjent og se hverandre.
- Tilpasse studier på høyskoler og universiteter rettet mot samhandlingsreformens oppgaver. Informantene mener at dette i stor grad kan føre til gjensidig respekt, kunnskapsutveksling og dermed bedre samhandling.

- Et smidigere skille mellom spesialister og allmennleger ville ifølge informantene kunne bedre samhandling. Helseforetaket kunne besitte noen allmennleger, og kommunehelsetjenesten noen spesialister.

Hva mener informantene hemmer samhandling? (fokus på kompetanse)

- Dersom knapphet på ressurser blir merkbar kan det forventes økt konflikt og konkurranse i de ulike delene av helsesektoren.
- Mangel på legedekning i kommunene. Når kommunene får overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten vil de trenge flere legehjemler, noe i liten grad ny fastlegeforskriften ivaretar. Kommunen har i stor grad drevet omsorgsmedisin, og har i liten grad utviklet robuste fagmiljøer. Som en følge av dette kan mange faggrupper føle seg ensomme i kommunen.
- Spesialisthelsetjenesten har i stor grad samarbeidet og inngått avtaler med utdanningsinstitusjonene. Selv om informantene hevder de har hatt avtaler, mener de i liten grad at studiene har vært tilpasset kommunene, men helseforetakas behov. Studenter får lite kunnskap om hva kommunene driver med.
- Samarbeidet mellom spesialister og allmennleger. Spesialisering fører til avhengighet leger imellom, og allmennpraktikeren blir avhengig av spesialistene. Selv om spesialisten kan mer på et område enn allmennpraktikeren, er det trolig at han kan mindre enn allmennpraktikeren på området utenfor sin spesialisering.

Utfordringer i avhengighetssystemer kan hemme samhandling.

9.0 Konkusjon

Jeg mener at jeg har svart på problemstillingen «hva hemmer og hva fremmer samhandling.» Oppsummeringene gjort under hver enkelt kategori, får frem funn jeg mener er interessante.

Nok en gang er det viktig å presisere at samhandlingsreformen har eksistert under ett år. Mine data vil derfor være preget av oppstartsproblemer og områder som fremdeles ikke er på plass. Finansieringsordningene skal evalueres, og med stor sannsynlighet vil mye justeres.

Det var uproblematisk for meg å finne kloke erfarne informanter som ville bidra til å svare på mine forskningsspørsmål. Det som slo meg da intervjuene startet var informantenes glød og interesse. I lederes travle hverdag fikk jeg en opplevelse av at informantene ville snakke om temaet. De hadde sterke meninger, og hadde masse på hjertet. Det er lett å se dette i sammenheng med noe av det som fremkommer i undersøkelsen. Kommunene føler at de i liten grad har blitt hørt.

Mine funn bekrefter at Samhandlingsreformen er kommet istand fordi helsevesenet ikke er bærekraftig. Regjeringen ivaretar ideologien om at alt som kan behandle skal behandles. For å få til det har helseforetakene gått i en retning av mer forskning og mer spesialisering. Som en konsekvens av dette får kommunene overført oppgaver helseforetaket ikke kan prioritere. En foreløpig statistikk viser at kommunene i undersøkelsen får dobbelt så mange pasienter utskrevet av de som skal ha oppfølging sammenliknet med 2011. Halvparten av dem er under 67 år.

Når kommunene har medfinansiert pasientene som behandles, og utført tjenester til de som blir utskrevet fra sykehus, rapporteres det om store budsjett overskridelser.

Det som skulle gi kommunene drahjelp, folkehelse, har med andre ord kommunene ikke penger til å realisere.

Kommunene føler en avmaktssituasjon. Regjeringen setter mål for kommunene, men overfører ikke midler.

Maktforholdet eller likeverd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fikk mye plass i undersøkelsen. Uten unntak er opplevelsen et manglende likeverd som ikke har

endret seg etter at samhandlingsreformen ble innført. Makten ligger både i det helseforetaket driver med- livreddende medisin, og autoriteten ved det å være spesialistinstitusjon. Informantene opplever manglende respekt for oppgaver de utfører, både når det gjelder kompleksitet og manglende ressurser.

Det som også fremkommer er en opplevelse av regjeringens manglende forståelse og informasjon av hva som bedrives i kommunene. Statens eierskap av helseforetakene har bidratt til en opplevelse av økt distanse når det gjelder likeverd.

Staten vinner på at kommunene har et konkurranse instinkt i seg. Alle ønsker å oppleve mestring og ikke være dårligere enn andre kommuner. Kommunene strekker seg derfor svært langt.

Når en oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. linjetjenesten skjer, er det naturlig at aktørene må legge mye jobb i arbeidsavklaring. Gråsoner vil forekomme, og skal dette fungere som en helhet må det skje en gjensidig tilpasning. Informantenes opplevelse er at kommunene i stor grad tilpasser seg. Helseforetaket endrer seg, men ikke med tanke på samarbeid. Endringen går i å drive mer forskning, bli mer spesialisert, og praktisere en raskere liggetid som gjør at flere pasienter kan bli behandlet.

Helseforetaket størrelse og grad av spesialisering har ført til økte koordineringsutfordringer. Mange avdelinger på helseforetaket gir utfordringer knyttet til helhetlig pasientforløp. Informantene mener det særlig er de eldre pasientene som kommer til å bli svingdørspasienter. De har ofte mange diagnoser, og kan lett bli sendt frem og tilbake mellom helseforetak og kommune. Tilbudet blir på denne måten lite helhetlig, og heller ikke kostnadseffektivt.

Det finnes en rekke gode eksempler på arbeidsdeling som har vist seg å være en suksess. Informantene har vanskelig med å forstå at helseforetakene ikke kan ta lærdom av det. I situasjoner hvor helseforetak og kommuner samlokaliseres, kan man løse mange utfordringer. De ansatte blir kjent med hverandre, tjenestene ligger i samme bygg, pasientene slipper å reise, og gråsonene lar seg enklere løse med dialog og samarbeid. Her vil også spesialister og allmennleger kunne utnytte hverandre på en bedre måte. I følge informantene kan de ikke se at en slik samlokalisering kommer til å skje. Forklaringen på det er vanskelig å finne.

Informantene har forståelse av en såkalt tvungen koordinering som har skjedd blant annet ved å utarbeide lovpålagte samarbeidsavtaler. Det som er synd er at frivillig koordinering er nesten fraværende. Det hevdes at frivillig samhandling kunne ført til gode kreative løsninger både kommune, helseforetak og ikke minst for pasienter og brukere. Det burde være mer plass til individuelle tilpasninger.

Informantene gir noen eksempler på en mer frivillig samhandling. Prosess med utarbeidelse av samarbeidsavtalene ble sett på som positivt. Aktørene ble kjent, og så hverandre.

Hospitering og ambulerende team blir også trukket frem. Situasjonene beskriver positiv samhandling ved fysisk nærhet.

Mangel på fremtidig kompetanse blir løftet opp som en stor fremtidsutfordring. En spennende refleksjon som fremkommer handler om at kommunene kan vinne rekrutteringskampen over helseforetaket. Informantene begrunner dette med allsidige oppgaver i en kombinasjon av omsorg og spesialisering. Når det gjelder kompetanse på helseforetaket, mener informantene oppgavene lett kan bli standardiserte og rutinepreget. De tenker da særlig på sykepleiere. Mange leger vil fremdeles foretrekke spesialisering i helseforetakene, men informantene tror også at leger kan få spennende oppgaver i kommunene. Informantene tenker andre løsninger enn tilplikting av fastleger. Kommunene kan ansette egne leger med interesse for fagområdene. Spesialisering vil også bli aktuelt i kommunene.

Kommunenes autonomi er truet. Økt grad av oppgave overføring uten tilstrekkelige ressurser setter kommunene i vanskelige situasjoner. Kommunene har høy grad av autonomi, men med lite tilførsel av økonomiske ressurser står de fare for å gå i oppløsning. Kommuneledelse opplever også en økt grad av avmakt. Dette handler om at kommunene ser hva de burde gjøre, men av mangel på ressurser må de velge brannslukning. Funnene harmonerer med Offerdahl og Baldersheim. (1979)

Flere av informantene mener interkommunale samarbeidsprosjekt som lokalmedisinske senter blir nødvendig. Lokalmedisinske senter er i følge informantene det samme som Fylkeskommunale sykehus på åtti tallet. Forskjellen ligger i at denne gangen er det kommunene som står for regningen. Funnene samsvarer med teori fra Ramsdal og Qvortrup som beskrev distriktorganisering fra Østfold. (1987). Utfordringene forfatterne beskrev var de samme informantene opplever i dag.

Flere av informantene legger vekt på at med en mer rettferdig finansieringsform kunne samhandling vært mye enklere. «Penger følger bruker» blir nevnt som eksempel

10.0 Jeg lukker boka og reflekterer videre

Det har vært spennende å forske på samhandling. Samhandlingsreformen handler om så mye, Hva som prioriteres, hvor ting utføres er viktig, og berører de fleste av oss.

Folk er opptatt av helse, og i Norge er vi opptatt av rettigheter.

Det er lite trolig at veksten i omsorgsoppgaver stopper opp. Med stor sannsynlighet vil vi heller måtte tenke annerledes.

Etter å ha skrevet denne oppgave er det noen retninger som peker seg ut. Satsing på folkehelse og forebygging har vært et tydelig satsningsområde fra samhandlingsreformen ble lansert. Denne undersøkelsen bekrefter at folkehelse og helsefremmende arbeid er «kloke grep».

Begrep som ansvar for egen helse og innovasjon i omsorg kan også gi noen refleksjoner.

Det har lenge vært kjent at omsorgsteknologi blir et stort satsningsområde, og mest sannsynlig vil det erstatte mye av omsorgene som i dag bedrives.

Min avhandling hadde fokus på kommunale oppgaver. Slik det fremkommer er vi på vei inn i en tid med interkommunale samarbeidsprosjekter. Om det er tilstrekkelig eller om utviklingen kommer til å gå i retning av kommunesammenslåing vil tiden vise.

Ved å gjennomføre denne avhandlingen har nye spennende områder avdekket seg. Nå velger jeg å lukke denne oppgaven, men refleksjonene fortsetter.

Aktuell litteratur:

Baldersheim og Offerdahl, (1979) «Desentralisering i organisert hopehav- tillegg til lokalpolitikken.» Universitetet i Bergen.

Berg, O. (1982) «Medisinens logikk.» Hagan: Universitetsforlaget.

Bukve, O. (1997) «Kommunal forvaltning og planlegging. «Gjøvik: Det Norske samlaget.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Halkier, Bente (2010). Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk

Hansen, F.H. (1979) «Helsesektoren i velferdsstaten: Kjempevekst og fordelingskrise. «Oslo: Tidsskrift fra samfunnsforskning.

Jacobsen, D.I. (2001) «Administrasjonens makt. Om forholdet mellom politikk og administrasjon.» Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D.I. (2005) «Hvordan gjennomføre undersøkelser». Oslo: Høyskoleforlaget.

Johannessen, Asbjørn; Tufte, Per Arne; Kristoffersen, Line (2006): "Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode" Abstrakt forlag

Kalseth, B og B. Paulsen, (2008) «Strategisk samarbeid på papir og i praksis? «En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Sintef helse. Rapport A 8640

Kommuneloven (1992) Kommunal og regionaldepartementet. Oslo

Lov om Folkehelsearbeid (2011) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Lov om spesialisthelsetjeneste med mer. (1999). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Lov om kommunale Helse og omsorgstjenester (2011) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommune og regionale helseforetak (2011) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Lov om helseforetak m.m. (2001) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Lundquist. L. (2008) «Demokratins vaktare. «Professor emeritus: Lunds universitet

March, J.G. og J.P. Olsen (1989): «Rediscovering Institusjons. The Organizations Basis of politics. "New York: The Free press.

Nasjonal helseplan (2007- 2010). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

NOU 2005:3 «Fra stykkevis til delt. «Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg.» Oslo: helse og omsorgsdepartementet

Nilsen, A. (2010) «Styrkeforholdet mellom privat og offentlig sektor.» Refleksjonsnotat, LOS Høgskolen i Østfold

Ramsdal, H og Qvortrup, K; (1992) «Iverksetting av konsern- organisasjon i helse og sosialektoren i Østfold fylkeskommune. «Stiftelsen Østfoldforskning

Repstad. Pål. (2004) «Dugnadsånd og forsvarsverker.» Oslo: Universitetet

Samhandlingsreformen i Danmark

http://www.spekter.no/modules/module_123/proxy.asp?C=698 & I=4770 & D=2 & tabmid=575 & mid=575a587 04.15.12 kl 20.14

Stortingsmelding 16 (2010-2011) Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) Oslo:Helse og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" (2005- 2006) Framtidas helseutfordringer. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009) Samhandlingsreformen «Rett behandling på rett sted- til rett tid» Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Weber. Max (1973) «Makt og byråkrati « Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Stikkord til diskusjon fokusgruppe

Kilder til makt

Avhengighet
Likeverd
Byråkratisk kontroll
Belønning og straff
Legal autoritet
Personlig autoritet
Forhandlingsmuligheter

Struktur og Arbeidsdeling

Kommunens organisering
Helseforetakets organisering
Møtepunkter
Frivillig og tvungen koordinering
Nytt lovverk
Samarbeidsavtaler
Helhetlig pasientforløp
Gråsoner
Fysisk avstand
Kultur

Kompetanse

Spesialisering
Omsorgsmedisin
Fordelingskrise
Helhetlig pasientforløp
Hospitering

Kommunens autonomi

Delegering
Autonomi kontra aksess
Økonomiske ressurser
Mål- middel
Avhengighet
Tilbud /etterspørsel

Spørreskjema

Kilder til makt

Hva legger du i begrepet likeverd?

Hvordan opplever du likeverd mellom de to aktørene kommune helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste?

Hvor i organisasjonen sitter beslutningsmakten?

På hvilke måte kommer makt til uttrykk?

Staten

Spesialisthelsetjenesten

Kommunen

Personer eller yrker

Hvordan kommer belønning til uttrykk?

Hvordan kommer straff til uttrykk?

Struktur og arbeidsdeling:

Har kommunen foretatt organisatoriske endringer etter innføring av samhandlingsreformen, og i så fall hvilke?

Er det kloke grep en kommune kan ta som ikke er foretatt?

Hvilke utfordringer ser du knyttet til egen organisasjon?

Hvilke organisatoriske grep har helseforetaket foretatt i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen?

Hvordan kvalitetssikrer man at ansatte får tilstrekkelig informasjon om nye oppgaver rundt samhandling?

Hva slags møtearena har de Dersom samhandlingen svikter, er det på system eller individnivå?

Hvordan har lovpålagte avtaler kommet på plass?

Hvem har deltatt i prosessen?

Hva mener du er styrken i avtalene?

Hva mener du er svakheter i avtalene?

Finnes det gråsoner, og i så fall hvilke?

Hva er den største trusselen med tanke på mål om helhetlig pasientforløp?

Hva skjer dersom helseforetak og kommune er uenige?

I hvor stor grad kan pasienten påvirke arbeidsdelingen?

Hvem definerer når en pasient er utskrivningsklar?

Hva tenker du om tvungen og frivillig koordinering?

Kommunen som selvstyre

Hvordan ser du på kommunens autonomi?

Hvilke tilgang på ressurser gis kommunen?

I hvor stor grad kan spesialisthelsetjenesten styre pasientstrømmen?

Kan du beskrive kommunens handlefrihet med tanke på oppgaver knyttet til samhandlingsreformen

Hvordan påvirker økonomiske intensiver samhandlingen?

Kompetanse

Hva kjennetegner kommunens kompetanse?

Hva kjennetegner spesialisthelsetjenestens kompetanse?

På hvilke måte samarbeider helseforetak og kommunene om kompetanse?

Hva skjer dersom kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse?

Hva slags ny kompetanse trenger kommunene etter innføring av samhandlingsreformen?

Hva gjør sentrale myndigheter for å bistå kommunene med tilstrekkelig kompetanse?

Har innhold i utdanningsinstitusjonene endret seg med samhandlingsreformen, og i så fall på hvilke måte?

Hvordan kan en aktiv tilnærming til personell og utdanningsområdet være et sentralt bidrag for å understøtte intensjonen i samhandlingsreformen og helsepolitiske målsettinger?

Hvordan kan myndighetene og tjenestene agere og innrette seg for å sikre tilpasning mellom helsepersonells samlede kompetanse og samfunnets behov?

Utdrag fra avisoverskrifter til diskusjon i fokusgruppen

Har kommunen kompetanse til å ta seg av kreftpasienter?

Dame på 80 år ble utskrevet fra Helseforetaket kl. 22.00. tirsdag kveld. Ble tilfeldig funnet av naboen.

Mor får ikke sykehjemsplass. Hun er 90 år, dement, og datter tør ikke lenger gå på jobb av redsel for hva som kan hende

